

FORMULAIRE DE PRÉADMISSION

À adresser à accueil@addipsy.com

► Date de la demande :

**La prise en charge repose principalement sur des groupes thérapeutiques.
Pour en bénéficier, le patient doit être disponible la journée en semaine.**

► Coordonnées et informations patient :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Profession :

Téléphone :

Adresse mail :

► Médecin adresseur

Nom :

Médecin généraliste

Médecin psychiatre

Médecin addictologue

Autres spécialités

Téléphone :

E-mail :

► Médecin référent

(assurant la continuité des soins et notamment les prescriptions médicamenteuses)

Médecin adresseur

Autre :

- Nom :

- Téléphone :

► **Contexte de la demande :**

Diagnostic psychiatrique (ou hypothèses diagnostiques) :

Diagnostic addictologique (ou hypothèses diagnostiques) :

Trouble de l'usage de substance, addictions comportementales, troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement de type anorexie restrictive pure isolée ne font pas partie des indications prises en charge à Addipsy.

Motif de la demande (principaux problèmes nécessitant une prise en charge groupale en hospitalisation à temps partiel de jour) :

Traitements médicamenteux actuels (ou joindre la dernière ordonnance actualisée)

Suivi médical et psychiatrique / psychologique actuel :

Points forts (ressources du patient, valeurs, capacités d'élaboration au sein d'un groupe) :

Limitations possibles à la participation aux groupes thérapeutiques :

Handicap auditif Handicap visuel Handicap moteur Troubles cognitifs sévères
Autre (préciser)

Troubles du comportement :

Risque suicidaire Geste auto/hétéro-agressifs Agitation
Autre (préciser)

ANTÉCÉDENTS

Le patient a-t-il déjà été pris en charge à Addipsy ? Oui Non

Évènements marquants dans l'histoire personnelle du patient (acquis du développement, abus ...) :

Antécédents psychiatriques (ancienneté du suivi psychiatrique et/ou psychologique, évolution des problèmes, hospitalisations, tentatives de suicide...). **Traitements passés psychothérapeutiques** (type de thérapie utilisée, pendant combien de temps, effets positifs ou négatifs, cause de l'inefficacité) :

Antécédents addictologiques (cure et post cure de sevrage, suivi CSAPA...)

Antécédents judiciaires :

Antécédents somatiques :

Antécédents familiaux psychiatriques et somatiques :

TAMPON DU MEDECIN ADRESSEUR (obligatoire)

Cette demande est à transmettre par mail sécurisé ou par courrier. Vous serez informé de la réponse à votre demande par mail ou par courrier, tout comme le patient. Si la demande est validée, ce dernier sera invité à appeler le secrétariat d'Addipsy pour prendre un rdv d'admission.

Si vous avez d'autres informations à nous transmettre, merci de joindre un courrier à votre demande.