



DOSSIER DE CANDIDATURE EN VUE D'UNE ADMISSION EN ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE

Ce dossier doit être **impérativement** rempli par le médecin psychiatre référent.

Afin que la demande soit étudiée dans les meilleurs délais, nous vous remercions de **joindre impérativement à ce dossier** les documents cités ci-dessous :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- ▶ Biographie
- ▶ Antécédents psychiatriques personnels
- ▶ Antécédents psychiatriques familiaux
- ▶ Etat somatique actuel et antécédents somatiques (allergies, diabète, épilepsie, maladies cardio-vasculaires, interventions, handicaps moteurs ou sensoriels)
- ▶ Histoire de la maladie ancienne et récente
- ▶ Diagnostic psychiatrique et code CIM
- ▶ Traitement en cours
- ▶ Synthèse infirmière détaillée
- ▶ Copie du carnet de vaccinations
- ▶ Engagement de reprise signé par le chef de pôle

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- ▶ Copie de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité
- ▶ Copie de l'attestation et de la carte vitale, de la carte de mutuelle ou de l'attestation CMU, CMUC en cours de validité
- ▶ Copie du jugement de tutelle
- ▶ Rapport social détaillé

DOSSIER DE CANDIDATURE A ENVOYER

- ▶ Par courrier Centre Hospitalier Spécialisé
Secrétariat médical
6^{bis} rue du pavé
03360 AINAY LE CHATEAU
- ▶ Par e.mail secretariat.medical@ch-ainay.aura.mssanté.fr
- ▶ Par fax 04 70 02 26 47

ETAT CIVIL

Nom _____ Prénoms _____

Nom de jeune fille _____ Nationalité _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____ Dép. _____

Adresse personnelle ou domicile de secours _____

Adresse actuelle _____

Titre de séjour oui non Si oui, date de validité _____

ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Adresse _____

Médecin Psychiatre référent _____

Téléphone _____ E.mail _____

Médecin traitant _____

Téléphone _____ E.mail _____

Assistant(e) Social(e) référent(e) _____

Téléphone _____ E.mail _____

Avez-vous un dispositif de téléconsultation oui non

MODALITES DE PRISE EN CHARGE ACTUELLE

Hospitalisation Si oui, sous quel mode : SL SSC

Suivi ambulatoire Si oui, précisez :

Structure _____

Adresse _____

Téléphone _____ E.mail _____

Date de prise en charge _____

Hospitalisations antérieures _____

- Joindre une copie des différents comptes rendus d'hospitalisation

ANTECEDENTS

- ▶ Le patient a-t-il des antécédents ou des conduites suicidaires ? oui non

Si oui, de quel type _____

- ▶ Le patient a-t-il des antécédents de passage à l'acte hétéro-agressif physique ? oui non

Si oui, en faire mention dans le courrier médical

- ▶ Le patient a-t-il des antécédents d'attouchements ou de passage à l'acte à caractère sexuel sur autrui ?

oui non

Si oui, de quel type _____

Une thérapie anti-hormonale est-elle en cours ? oui non

En faire mention dans le courrier médical

- ▶ Le patient a-t-il des antécédents (anciens ou récents) de troubles addictifs ? oui non

Si oui, lesquels _____

Un traitement de substitution aux opiacés est-il en cours ? oui non

Si oui Buprénorphine Méthadone

- ▶ Une addiction ou une consommation occasionnelle de toxiques est-elle en cours ? oui non

Si oui, laquelle _____

- ▶ Le patient a-t-il des antécédents judiciaires ? oui non

Si oui, de quel type _____

Un suivi socio-judiciaire est-il en cours ? oui non

Si oui, indiquer la fréquence et les modalités du suivi _____

- ▶ Incontinence Urinaire diurne nocturne

Fécale

- ▶ Trouble épileptique oui non Suivi en cours ? oui non

Date de la dernière crise _____

SOINS EN COURS

▶ SOINS DENTAIRES Soins en cours ? oui non
Précisez _____

▶ OPHTALMOLOGIE Correction portée ? oui non
Précisez _____

▶ APPAREIL AUDITIF Prothèse auditive ? oui non oreille **D** oreille **G**
Précisez _____

▶ KINESITHERAPIE Séances en cours ? oui non
Précisez _____

▶ GYNECOLOGIE Suivi en cours ? oui non
Précisez _____

▶ DEPAKINE oui non

▶ TOPIRAMATE oui non

Si Dépakine et/ou Topiramate, joindre la copie de l'accord signé par la patiente (année en cours)

PROTECTION SOCIALE

N° Sécurité Sociale _____

Caisse _____

Adresse de la Caisse _____

Mutuelle, nom et adresse _____

N° d'adhérent Mutuelle _____

Prise en charge 100% oui non Date validité _____

Si oui, quelles pathologies _____

Orientation MDPH en cours ? oui non

Si oui, orientation _____

Date de la demande _____ Organisme référent _____

Médecin référent désigné par le patient auprès de la CPAM _____

Bénéficiaire AAH oui non

Pension d'invalidité oui non



PROTECTION JURIDIQUE

Mesure exercée par Famille Organisme Sans Demande en cours

Organisme de tutelle _____ Nom prénom du mandataire judiciaire _____

S'il s'agit d'une personne de la famille, quel est le lien avec le patient _____

Adresse _____

Tél _____ Fax _____ E.mail _____ @ _____

Type de mesure Tutelle Curatelle Curatelle renforcée MASP MAJ
 Sauvegarde de justice Autre

LOISIRS & ACTIVITES

Centres d'intérêts _____

Habitudes de vie _____

Observations particulières _____

SIGNATURE DU PSYCHIATRE AYANT RENSEIGNÉ LE DOSSIER

Nom _____

Prénom _____

Signature

Cachet

MODALITE DE LA CONSULTATION PREALABLE

Présentiel de 10h30 à 15h00 (à privilégier pour les établissements situés dans les départements limitrophes)

Distanciel/téléconsultation préalable (entretien d'une heure avec le patient et un soignant)

Le choix définitif du mode de réalisation de la consultation préalable sera fait par le médecin référent du Centre Hospitalier d'Ainay le Château après étude du dossier.

ENGAGEMENT DE REPRISE

▶ A remplir **impérativement** par le chef de pôle du service de psychiatrie

Je soussigné Docteur _____

M'engage à reprendre dans mon service,

Madame - Monsieur _____ né(e) le _____

Si l'état de santé ne correspond pas à la description fournie au dossier d'admission et/ou en cas de comportement inadapté à l'Accueil Familial Thérapeutique.

Cet engagement vaut pour toute la durée de la prise en charge en AFT.

Fait à _____ le _____

Signature

Cachet du service