

## En vue d'une admission en Accueil Familial Thérapeutique

Afin que la demande soit étudiée dans les meilleurs délais, nous vous remercions de joindre **impérativement** :

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

---

- ▶ Biographie
- ▶ Antécédents psychiatriques personnels
- ▶ Antécédents psychiatriques familiaux
- ▶ Antécédents somatiques (allergies, diabète, épilepsie, maladies cardio-vasculaires, interventions, handicaps, moteurs ou sensoriels)
- ▶ Histoire de la maladie
- ▶ Diagnostic psychiatrique et code CIM
- ▶ Traitement en cours
- ▶ 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<sup>bis</sup> rue du pavé  
03360 AINAY LE CHATEAU
- ▶ Par e.mail [secmedical@chsi-ainay.fr](mailto:secmedical@chsi-ainay.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 \_\_\_\_\_

## MODALITES DE PRISE EN CHARGE ACTUELLE

Hospitalisation  Suivi ambulatoire  Si suivi ambulatoire, précisez :

Structure \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ E.mail \_\_\_\_\_

Date de prise en charge \_\_\_\_\_

Hospitalisations antérieures \_\_\_\_\_

## SITUATION JUDICIAIRE

---

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

Si oui, de quel type \_\_\_\_\_

Un suivi est-il en cours ?  oui  non

Si oui, indiquer la fréquence et les modalités du suivi \_\_\_\_\_

## SOINS EN COURS

---

SOINS DENTAIRES Soins en cours ?  oui  non

Précisez \_\_\_\_\_

OPHTALMOLOGIE Correction portée ?  oui  non

Précisez \_\_\_\_\_

APPAREIL AUDITIF Prothèse auditive ?  oui  non  oreilleD  oreilleG

Précisez \_\_\_\_\_

KINESITHERAPIE Séances en cours ?  oui  non

Précisez \_\_\_\_\_

GYNECOLOGIE Suivi en cours ?  oui  non

Précisez \_\_\_\_\_

DEPAKINE Si Dépakine, joindre la copie de l'accord signé par la patiente (année en cours)

## LOISIRS & ACTIVITES

---

Centres d'intérêts \_\_\_\_\_

Habitudes de vie \_\_\_\_\_

Observations particulières \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

## DOSSIER

---

Si le dossier n'a pas été rempli par le médecin psychiatre référent, indiquer les NOM, QUALITE, COORDONNEES DU REDACTEUR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ENGAGEMENT DE REPRISE

---

- ▶ A remplir impérativement par le médecin psychiatre responsable de l'unité ou par le chef de pôle

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 \_\_\_\_\_

Nom et signature du médecin psychiatre

Cachet du service

