



## Accueil Familial Thérapeutique

### DOSSIER DE PRE-ADMISSION

CONFIDENTIEL

Etablissement demandeur : ..... Dr. ....  
 ☎ : ..... ☒ .....  
 Médecin addictologue référent du patient : ..... ☒ ..... ☎ .....  
 Médecin traitant du patient : ..... ☒ ..... ☎ .....  
**Retour CSAPA Ch4V – AFT : Dre OBADIA**  
 ☎ : 01 77 70 79 50 Fax : 01 77 70 79 65 ☒ : sec.csapa@ch4v.fr

### Volet médical

**NOM et Prénom du patient** .....

**Date de Naissance** : ..... **Age** : .....

1. Indication(s) pour un séjour en famille d'accueil (autre la consolidation de l'abstinence)

.....  
.....

2. Qu'est-il envisagé à la sortie de l'AFT ?

.....  
.....

3. Motif(s) de l'hospitalisation ou de la prise en charge actuelle :

.....  
.....

4. Histoire de la maladie addictive :

Produit principal : .....

ATCD de complications de sevrage (DT ? épilepsie ? etc..) : .....

Hospitalisations antérieures pour sevrages (établissement/année – MCO/SMR) :

.....  
.....

Addictions / dépendances associées et prise(s) en charge éventuelle(s) :

.....  
.....

.....  
.....



## Accueil Familial Thérapeutique

5. Comorbidités psychiatriques (dont hospitalisations et antécédents de TS) :

.....  
.....  
.....

6. Antécédents médicaux / chirurgicaux / gynécologiques:

.....  
.....  
.....

Allergies médicamenteuses : .....

Vaccinations (BCG/VAT/COVID) : .....

.....  
.....

7. Eléments cliniques actuels, notamment état neuro-cognitif (a minima MoCA ou BEARNI)

.....  
.....  
.....

8. Traitements actuels : joindre ordonnance la plus récente

9. Référents médicaux principaux (nom, fonction, coordonnées) :

.....  
.....  
.....

Date : .....

Nom et fonction du médecin : .....

**MERCI DE JOINDRE LES DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES A L'EVALUATION DU DOSSIER**

**Tout dossier incomplet ne sera pas traité**



## Accueil Familial Thérapeutique

### Engagement de reprise du patient

Je soussigné(e), Docteur.e ....., en qualité de ....., m'engage,  
par la présente, à réadmettre dans mon service le/la patient(e),

Monsieur/Madame .....

Né(e) le .....

Pour lequel/laquelle j'ai fait la demande d'une orientation en accueil familial thérapeutique, dans le cas où une inadéquation au cadre thérapeutique et/ou une décompensation psychiatrique et/ou somatique nécessiterait son retour dans notre service.

Fait à..... Le.....

Signature et cachet du médecin :



## Accueil Familial Thérapeutique

### Volet social

#### 1- Identité

• Nom du patient ..... Prénom .....

Date et Lieu de Naissance..... Nationalité .....

☎ : ..... ✉ : .....

• Situation familiale :  Célibataire  Marié/Pacsé  Concubinage  Divorcé  Séparé  Veuf

Nombre d'enfants ..... A charge du patient .....

• Logement :  Locataire  Propriétaire  Hébergé chez tiers  En structure d'hébergement  SDF

Si hébergé, précisez type et nom .....

Domiciliation ..... Code Postal : ..... Ville .....

• Régime et numéro de Sécurité Sociale .....

Si CMU, date de fin de droit: ..... Mutuelle/complémentaire .....

• Emploi :  Non  Oui Précisez : .....

Ressources :  Salaire  Indemnités journalières  RSA  AAH  ARE/ASS  Sans Autres .....

#### 2- Contacts

• Personne à prévenir en cas d'urgence (nom, lien et coordonnées) .....

• Mesure de protection juridique :  Non  En cours  Oui, de quel type ? .....

Si oui, nom du mandataire .....

✉ ..... ☎ .....

#### 3- Suivi social

• Démarche(s) en cours .....

• Etablissements sociaux fréquentés (foyers...) .....



## Accueil Familial Thérapeutique

.....  
.....  
Antécédent de procédures judiciaires anciennes et/ou actuelles (SPIP, GAV, Prison...) :

Référent SPIP : .....

✉ ..... ☎ .....

• Noms du service et du travailleur social transmettant la demande .....

✉ ..... ☎ .....

• Autre service social qui suit le patient et nom du référent : .....

✉ ..... ☎ .....

Date : .....

Signature du travailleur social :

**Merci de joindre une évaluation sociale et une lettre de motivation**

**Tout dossier incomplet ne sera pas traité**