

Nom du Patient :

Date de Naissance :



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

A joindre sous enveloppe au volet médical
avec les pièces à fournir à l'attention de :

**Centre Hospitalier Spécialisé
Secrétariat Médical
6^{bis} rue du Pavé
03360 Ainay le Château**

Toute demande incomplète ne pourra être étudiée

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ETAT CIVIL

Joindre une copie de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité

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 _____

PROTECTION SOCIALE

*Joindre une copie de l'attestation et de la carte vitale,
de la carte de mutuelle ou de l'attestation CMU, CMUC en cours de validité*

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 _____

SITUATION JURIDIQUE

Joindre une copie du jugement de tutelle

Gère seul ses biens Sauvegarde de Justice Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

Organisme de tutelle _____ MAJ MASP

Nom prénom de la personne référente _____

Téléphone et email de la personne référente ☎ _____ @ _____

Famille oui non Degré de parenté _____

Contacts _____

Nom du Patient :

Date de Naissance :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

DEMANDEUR

Médecin Psychiatre référent _____

Adresse _____

Téléphone _____ Mail _____

Disposez-vous d'une possibilité de visioconférence ? oui non

Assistante Sociale référente _____

Adresse _____

Téléphone _____ Mail _____

MODALITES DE PRISE EN CHARGE ACTUELLE

Hospitalisation Suivi ambulatoire Structure extra-hospitalière

Depuis quelle date _____

Adresse _____

Service, Unité _____ Téléphone _____

SITUATION JUDICIAIRE

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

Si oui, lesquels ? _____

Un suivi est-il en cours ? oui non

Si oui, lequel ? _____

Nom du Patient :

Date de Naissance :

COMPTE-RENDU MEDICAL

Joindre un compte-rendu médical détaillé mentionnant

- 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.

SOINS DENTAIRES

Des soins dentaires sont-ils en cours ? oui non à prévoir

Spécialiste consulté oui non date dernière consultation _____

Prothèse dentaire oui non haut bas à prévoir

GYNECOLOGIE

Une contraception est-elle en cours ? oui non à prévoir

Si oui, laquelle ? _____

Si non, y a-t-il une contre-indication médicale à une contraception ? _____

OPHTALMOLOGIE

Une correction est-elle portée ? oui non à prévoir

Spécialiste consulté oui non date dernière consultation _____

APPAREIL AUDITIF

Une prothèse auditive est-elle portée ? oui non oreille droite oreille gauche à prévoir

Spécialiste consulté oui non date dernière consultation _____

COMPTE-RENDU SOCIAL

Joindre un rapport social détaillé

Nom du Patient :

Date de Naissance :

LOISIRS & ACTIVITES

Centres d'intérêts

Habitudes

Observations particulières

RELIGION, CROYANCE

Observations particulières



Nom du Patient :

Date de Naissance :

NOM, QUALITE ET COORDONNEES DU REDACTEUR

Date _____ Fait à _____ le _____

Le signataire du dossier médical, M _____

ENGAGEMENT DE REPRISE - A REMPLIR PAR LE MEDECIN PSYCHIATRE

S'engage à reprendre dans mon service,

Madame - Monsieur _____

Né(e) le _____

a) Si l'état de santé ne correspond pas à la description fournie au dossier d'admission

b) En cas d'inadaptation ou de comportement manifestement incompatible avec le fonctionnement du service

Cachet du Service

Signature du médecin psychiatre

