



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

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