



FORMULAIRE MEDICAL D'ADMISSION EN APPARTEMENT THERAPEUTIQUE

Identité du demandeur

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

A remplir par le médecin traitant ou le médecin demandeur

CSAPA Parenthèse

47 rue de la forêt

27000 EVREUX

Tél. : 02-32-62-00-62

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Histoire de la maladie, et de vie :



Addictions associées :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Codéine et dérivés
- Cocaïne
- Benzodiazépines
- Héroïne

Traitements de substitution en cours :

oui

non

- Subutex, buprénorphine Dose :

- Méthadone Dose :

Motivation personnelle :



Autonomie :

Psychique troubles cognitifs néant modéré sévère

Physique totale handicap

Précisez :

Prise en charge actuelle et prévisionnelle:

Suivi psychiatrique :

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

Suivi psychologique :

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



Traitements en cours :

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

Prise en charge à la sortie :

Pour les suivis psychiatriques, préciser la structure et le nom du médecin qui va suivre la personne et la date du prochain rendez-vous.

Pour les suivis psychologiques, préciser le nom du psychologue et la structure.

Préciser s'il y a une prise en charge en hôpital de jour. Préciser s'il y a possibilité d'une prise en charge rapide en cas de besoin.

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

Date :

Signature et cachet du médecin demandeur :

