



---

## 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 :**

.....

.....

.....

.....

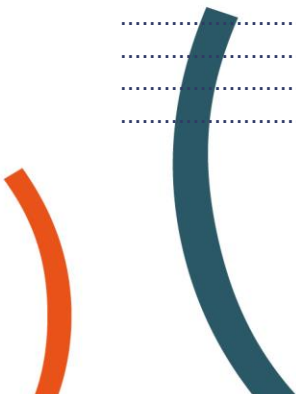
.....

.....

.....

.....

.....





**Addictions associées :**

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

**Traitement de substitution en cours :**

☐ oui

☐ non

☐ Subutex, buprénorphine Dose :

☐ Méthadone Dose :

**Motivation personnelle :**

0 —————> 10

**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 :**

