



141. Grande rue
Tél: 01.77.70.70.70
92310 SEVRES

www.ch4v.fr

FICHE DE PRE-ADMISSION HDJ

**A RETOURNER PAR FAX : 01.77.70.79.49
OU PAR MAIL : hdj.addictologie@ch4v.fr**

HOPITAL DE JOUR

Chef de Service

Docteur Vangelis ANASTASSIOU
v.anastassiou@ch4v.fr

Praticien hospitalier

Docteur Nicolas THIERCELIN
n.thiercelin@ch4v.fr

Cadre de santé

Béatrice DELAHAYE
b.delahaye@ch4v.fr

Psychologues

Carole BOURDARIAS
Stéphanie TORREMOCHA
Romane DELOY

Infirmières

Cécile VENNIN

Art thérapeute

Arts plastiques : Corinne DEFAIS

Educateur spécialisé :

Natacha GEFFROY

Assistante sociale :

Fabienne LE CLECH
f.leclech@ch4v.fr

Secrétariat

Hélène NARWA
h.narwa@ch4v.fr
Tél : 01 77 70 79 52
Fax : 01 77 70 79 49

Secrétariat hospitalisation

Emilie MARTIN
e.martin@ch4v.fr
Tél. : 01 77 70 79 57

C.S.A.P.A.

Secrétariat site de Sèvres

Stéphanie GETER
Tél. : 01 77 70 79 50

Secrétariat site de Boulogne

Yousra BOUFOUSS
y.boufouss@ch4v.fr
Tél : 01 77 70 75 87
Fax : 01 46 05 36 04

Nom et Prénom(s) du patient :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Professionnels référents du patient en ambulatoire :

■ Médecin addictologue :

Adresse.....

■ Médecin psychiatre :

Adresse.....

■ Médecin traitant :

Adresse.....

■ Assistante sociale :

Adresse.....

● Psychologue :

Adresse.....

● Autre :

Programme de soins HDJ demandé (cochez la case correspondante):

- Consolidation d'un changement** : durée 3 mois dont 15 premiers jours avec présence quotidienne
- Etayage court de l'HDJ** : durée 1 mois dont 15 premiers jours avec présence quotidienne
- Sevrage ambulatoire** : durée 15 jours avec présence quotidienne
- Troubles cognitifs légers** : durée 3 mois dont 15 premiers jours avec présence quotidienne

Ces programmes sont éventuellement renouvelables.

Organisation du parcours HDJ

- **Origine de la demande du patient** (cochez la case correspondante) :

CSAPA Hospitalisation SSR le patient

- **Disponibilité du patient pour soins HDJ** (cochez les jours disponibles pour le soin après la période initiale avec présence quotidienne) :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

- **Y a-t-il une difficulté de transport pour venir à l'HDJ (notamment temps de trajet) ?**

.....
.....

- **Le patient a-t-il une ALD pour son trouble addictif ?**

Oui Non

- **Existe-t-il une contre-indication aux activités physiques ?** (Pilates, activités cardios, etc.) :

Oui Non

(Si oui, précisez :.....
.....).



Histoire de la maladie et comorbidités

▪ **Trouble addictif au premier plan :**

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

▪ **Autres troubles addictifs :**

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

▪ **Les troubles addictifs sont-ils stables actuellement ? :**

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

▪ **Eléments cliniques à prendre en compte (addictologiques, somatiques, psychiatriques, sociaux) :**

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

▪ **Ces éléments cliniques sont-ils stables actuellement ? :**

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

- **Traitements actuels (joindre ordonnance) :**

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

- **Projet de soins au décours de l'HDJ :**

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

A noter : les renouvellements d'arrêt maladie et d'ordonnance se feront auprès de vos référents (médecin traitant, addictologue ou psychiatre).

Date et signature du patient :

Date et Signature du médecin :