



141. Grande rue  
Tél: 01.77.70.70.70  
92310 SEVRES

[www.ch4v.fr](http://www.ch4v.fr)

## FICHE DE PRE-ADMISSION HDJ

**A RETOURNER PAR FAX : 01.77.70.79.49  
OU PAR MAIL : [hdj.addictologie@ch4v.fr](mailto:hdj.addictologie@ch4v.fr)**

**Chef de Service**  
Docteur Vanghelis ANASTASSIOU  
[v.anastassiou@ch4v.fr](mailto:v.anastassiou@ch4v.fr)

**Cadre de pôle**  
Stéphanie PRAET  
[s.praett@ch4v.fr](mailto:s.praett@ch4v.fr)

**HOPITAL DE JOUR**  
**Praticien hospitalier**  
Docteur Nicolas THIÉRCÉLIN  
[n.thiercelin@ch4v.fr](mailto:n.thiercelin@ch4v.fr)

**Psychologue**  
Yasmina FREM

**Infirmière**  
Sophie LABAL  
Julie MARTY  
Clémence FAVRE

**Art thérapeute**  
Corinne DEFAIS

**Educatrice sportive**  
Aurélie CHEVALIN

**Secrétariat**  
Hélène NARWA  
[h.narwa@ch4v.fr](mailto:h.narwa@ch4v.fr)  
Tél : 01 77 70 79 52  
Fax : 01 77 70 79 49

**HOSPITALISATION**  
**Secrétariat**  
Chrystal MANTION  
[c.mantion@ch4v.fr](mailto:c.mantion@ch4v.fr)  
Tél. : 01 77 70 79 57  
Léonie ILPHONSE  
[l.ilphonse@ch4v.fr](mailto:l.ilphonse@ch4v.fr)  
Tel : 01.77.70.79.36  
Fax : 01.77.70.79.35

**C.S.A.P.A.**  
**Secrétariat site de Sèvres**  
Stéphanie GETER  
[s.geter@ch4v.fr](mailto:s.geter@ch4v.fr)  
Tél. : 01 77 70 79 50

**Secrétariat site de Boulogne**  
Yousra BOUFOUSS  
[y.boufouss@ch4v.fr](mailto: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 adresseur : .....
- Spécialité : .....
- Adresse.....
- .....
- Médecin addictologue (si différent du médecin adresseur) : .....
- Adresse.....
- .....
- Médecin psychiatre (si différent du médecin adresseur) : .....
- Adresse.....
- .....
- Médecin traitant (si différent du médecin adresseur) : .....
- Adresse.....
- .....
- Assistante sociale : .....
- Adresse.....
- .....
- Psychologue : .....
- Adresse.....
- .....

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

- Consolidation : durée 2 mois** renouvelable 1 fois.
- Travail motivationnel : durée 2 mois** non renouvelable.
- Troubles cognitifs légers à modérés : durée 3 mois** renouvelable 1 fois.

**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) :

- Lundi             Mardi             Mercredi             Jeudi             Vendredi

- Matin (9h00-13h00)                       Après-midi (13h15-17h00)

▪ **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

(Si non, merci de faire une demande en amont de l'HDJ).

▪ **Existe-t-il une contre-indication aux activités physiques ?** (Pilate, 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 ? :**

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

- **Éléments 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 :