



141. Grande rue
Tél: 01.77.70.70.70
92310 SEVRES

www.ch4v.fr

Chef de Service
Dr Vangelis ANASTASSIOU
v.anastassiou@ch4v.fr

Cadre de pôle
Stéphanie Praet
s.praett@ch4v.fr
01.77.70.76.39

Cadre de santé CSAPA HDJ ELSA
Michèle THONIER
m.thonier@ch4v.fr
01.77.70.78.33 ou 75.85

HOPITAL DE JOUR

Praticien hospitalier
Dr Nicolas THIERCELIN
n.thiercelin@ch4v.fr

Psychologues
Laurène de St EXUPERY
Marylis CULLER

Infirmière
Aurore PASQUIER

Art thérapeute
Corinne DEFAIS

Educatrice sportive technique spécialisée
Daley Vanh SOUNAPHONG

Secrétariat
Camille TALCONE
c.talcone@ch4v.fr
Tél : 01.77.70.79.52
Fax : 01.77.70.79.49

HOSPITALISATION

Cadre de santé
01.77.70.79.32

Praticien hospitalier
Dr Cécile PREVOST
c.prevost@ch4v.fr

Praticien hospitalier
Dr Aurélie DOUALLE
a.doualle@ch4v.fr

Praticien hospitalier
Dr Fabrice SADAY
f.saday@ch4v.fr

Praticien hospitalier
Dr Samir ATROUN
s.atroun@ch4v.fr

Psychologues
Paula PÉREZ-PURGOS
Emma CHOUITER

Secrétariat
Chrystal MANTION
c.mantion@ch4v.fr

Tél. : 01 77 70 79 57
Ladissa NDJITOBÉ
ldnjitobe@ch4v.fr

Tel : 01.77.70.79.36
Fax : 01.77.70.79.35

C.S.A.P.A.

Praticien hospitalier (Sèvres et Boulogne) ■
Dr Sophie RICHEZ
s.richez@ch4v.fr

Praticien hospitalier
Dr Monique HANAUER
m.hanauer@ch4v.fr

Praticien hospitalier (Boulogne)
Dr Philippe CARRE
p.carre@ch4v.fr

Psychologues
Thaïs DEMANCHE
Marylis CULLER
Jessica FORTUNA
Céline COURTY (Boulogne)

Assistantes sociales
Fanny SCHWOERER
f.schwoerer@ch4v.fr

Sabrina DERMEL
S.dermel@ch4v.fr

Secrétariat site de Sèvres
Elodie NERY
e.nery@ch4v.fr

Tél. : 01 77 70 79 50
Fax : 01.77.70.79.65

Secrétariat site de Boulogne
Yousra BOUFOUSS
y.boufouss@ch4v.fr

Tél : 01 77 70 75 87
Fax : 01 46 05 36 04

FICHE DE PRE-ADMISSION HDJ

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

Nom et Prénom(s) du patient :

Date de Naissance :

Adresse :

.....

Téléphone : **Mail** :

Accompagnement ambulatoire :

■ **Médecin adresseur** :

Spécialité :

Adresse.....

.....

Téléphone..... **Mail**

■ **Médecin addictologue (si différent du médecin adresseur)** :

Adresse.....

.....

Téléphone..... **Mail**

■ **Médecin psychiatre (si différent du médecin adresseur)** :

Adresse.....

.....

Téléphone..... **Mail**

■ **Médecin traitant (si différent du médecin adresseur)** :

Adresse.....

.....

Téléphone..... **Mail**

- Assistante sociale :
 Adresse.....

 Téléphone.....Mail

- Psychologue :
 Adresse.....

 Téléphone.....Mail

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

Consolidation du changement

Patient présentant un trouble lié à l’usage de substances psychoactives ou une addiction sans produit ayant atteint son objectif d’abstinence ou d’un retour à un usage modéré et contrôlé, et dont la sévérité du trouble justifie une prise en charge intensive de consolidation sans pour autant présenter des critères cliniques nécessitant une hospitalisation complète.

Aide au changement

Patient(e) présentant un trouble lié à l’usage de substances psychoactives ou une addiction sans produit dans une démarche de changement vis-à-vis de ses conduites addictives sans avoir atteint ses objectifs thérapeutiques et ne présentant pas de critères cliniques nécessitant une hospitalisation complète.

Organisation du parcours HDJ

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

- CSAPA Hospitalisation SSR le patient

▪ **Intensité des soins à l’HDJ :**

Lundi + Mercredi + Vendredi : soit un total de 24 séances en 2 mois

Mardi + Jeudi : soit un total de 16 séances en 2 mois



- **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

- **Troubles addictifs au premier plan :**

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

- **Autres troubles addictifs :**

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

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

.....
.....

- **Éléments cliniques à prendre en compte (addictologiques, somatiques, psychiatriques, sociaux) :**

.....
.....

.....
.....

▪ **Vaccination COVID :** Oui Non

▪ **Autres antécédents :**

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

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

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

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

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

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

Date et signature du patient :

Date et Signature du médecin :