

## Centre Thérapeutique de Jour

28, avenue de Rome  
68024 COLMAR Cedex

Pôle de Psychiatrie Générale  
et Infanto-Juvenile

Chef de Pôle : Dr J.-Y. METZGER



**LIBERT'ADD** est une Unité des HCC travaillant en liens étroits avec les autres équipes de la **Filière Addiction** de l'hôpital (Alcoologie, Tabacologie, ECIMUD, Maternité-addiction).  
L'unité fait partie intégrante du **Centre Thérapeutique de Jour**.

### LIBERT'ADD

#### HÔPITAL DE JOUR ADDICTOLOGIQUE

03 89 12 51 01  
03 89 12 51 00 (Fax)

#### Médecin référent

Dr Pascal GUINGAND  
*Psychiatre - Addictologue*

#### Cadre de santé

Magali MUNCK

#### Infirmières

Sophie ADRIANSEN

Aline BEURRIER

Anita KLETHI

#### Psychologue clinicienne

Joanne BILLIG

#### Assistante sociale

Laetitia LOUX

#### Diététicienne

Claude SEILER

#### Secrétaires

Jeanine FUCHS

Patricia MERCURI

#### Intervenants associés

Joëlle BYNENS

*Infirmière sophrologue*

Elena GARCIA KRAFES

*Neuropsychologue*

## Demande de prise en charge

(Partie à remplir par le professionnel)

Date de la demande\* / /

Professionnel demandeur\*



Début du suivi\* / /

NOM\*

PRENOM\*

Date de naissance\*

Adresse\*



Médecin traitant\*



Couverture sociale\*  OUI  NON

ALD

↳ Organisme de protection

↳ Motif

Mutuelle\* Si oui, laquelle

Hospitalisé(e) depuis le / /

Actuellement à son domicile

↳ Hôpital et service

Motif de l'hospitalisation

Le cas échéant, référent(s) actuel(s) au niveau de la filière addiction

Intervenants associés — —

Joëlle BYNENS — —  
*Infirmière sophrologue*

Elena GARCIA KRAFES — —  
*Neuropsychologue*

Contexte et objectif principal de la demande\*

**Problématiques addictives**

Actuelles\*

Antérieures

**Comorbidités**

Psychiatriques

Somatiques

**Bilans récents dont vous souhaitez communiquer les résultats**

Psychologiques / neuropsychologiques

Biologie / Imagerie / Autres investigations

**Traitement en cours**

Spécialités

Posologies

**Intolérances / Allergies connues**

**Contexte social**

Situation familiale*	Logement*	Personne(s) ressource(s)
----------------------	-----------	--------------------------

Situation professionnelle *	Formations / Études en cours
-----------------------------	------------------------------

Arrêt maladie	Invalidité / MDPH / Protection juridique
<input type="checkbox"/> Temps-plein <input type="checkbox"/> ½ temps thérapeutique	Invalidité <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup>
<input type="checkbox"/> CLM <input type="checkbox"/> CLD	<input type="checkbox"/> RTH <input type="checkbox"/> AAH
Si connue	<input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle
Reprise prévue le      /      /	Coordonnées du curateur/tuteur
Modalités	

**Projet de post-cure ou d'hospitalisation en cours\***

OUI                                       NON

↳ Lieu, date d'admission prévue et durée du séjour

**Dans les grandes lignes, qu'attendez-vous de cette prise en charge ? \***

**Nom et signature**

# Demande de prise en charge

(Partie à remplir par le patient)

**NOM\***

**PRENOM\***

né(e) le \* / /

*Pour cette demande, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous limitez pas dans ce que vous voulez exprimer. Ce travail préalable est très important pour nous, il nous permettra de vous proposer un projet de soin personnalisé, au plus près de vos attentes.*

**Qu'est-ce qui motive votre demande ? \***

**Avez-vous des attentes particulières ?**

**Etes-vous disponible dès aujourd'hui pour cette démarche de soin qui va durer de 4 semaines à plusieurs mois, ou avez-vous d'autres projets en cours ? \***

**Combien de *demi-journées* par semaine pensez-vous pouvoir consacrer à cette prise en charge ? \***

1       2       3       4

Autres, précisez       Indifférent

Le / /

**Signature**