

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



Centre Thérapeutique Résidentiel « La Préface »

Dossier d'admission à adresser à :

Apleat-Acep
Commission admission
1, rue Sainte-Anne, 45000 ORLEANS

ou par mail : admission.residentiel45@apleat-acep.com

Documents en votre possession

- L'absence de ces documents ne sera pas un motif de refus**
- Attestation des droits de sécurité sociale actualisée ou des droits CMU
- Copie de la carte Mutuelle ou attestation CMU-C
- Si 100% : protocole de soins
- Copie de la pièce d'identité
- Si dossier enfant :
 - Carnet de santé
 - Si séparation ou divorce, la copie du droit de garde et d'hébergement de chacun des parents
 - Livret de famille
- Pour vous connaître, ainsi que vos attentes quant au séjour au CTR, nous vous demandons un courrier présentant votre situation actuelle et votre parcours, en fonction de ce que vous souhaitez nous communiquer par écrit. Vous pouvez également y préciser vos besoins, attentes, objectifs ou projets.

Les différents éléments demandés dans le cadre de ce dossier d'admission ont pour but de nous permettre d'évaluer si les modalités d'accompagnement du CTR sont adaptées et sont à même de répondre le mieux possible à votre situation.

Documents de prise en charge à consulter avant entretien

- Règlement de fonctionnement
- Livret d'accueil

Origine de l'orientation

- Médecin généraliste
- Equipe hospitalière
- CSAPA
- Autre (précisez) :

Indiquez les coordonnées du service qui soutient la demande :

Nom du professionnel : _____ Fonction : _____

Structure / Etablissement : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ Email : _____

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom : Prénom(s) : Date de naissance :

Lieu de naissance – Département - Pays : Nationalité :

Lieu de résidence - Adresse actuelle :

Téléphone : Mail :

Personne de confiance-Personne à contacter en cas de besoin :

Nom : Téléphone :

Adresse :

Lien (parenté, autre) :

Couverture sociale

- Régime Général - Sécurité Sociale : Oui Non En cours
- Complémentaire : Oui Non En cours
- Aucune couverture sociale

Ressources

Percevez-vous des ressources ?

Si oui, précisez la nature des ressources :

Mesure de protection aux majeurs :

- Non Oui : Tutelle Curatelle MASP Autre :

Logement

- Logement personnel Colocation Hébergée chez des amis / proches
- Sans domicile fixe En famille En institution / Etablissement (précisez) : Autre (précisez) :

Situation matrimoniale et familiale

- Célibataire Séparée Divorcée Veuve
- Union libre Pacsée Mariée

Enfants(s) : Non Oui (précisez combien) :

Enfant(s) à charge : Non Oui (précisez combien) :

Si vous souhaitez être accueillie avec votre/vos enfant(s) de moins de 3 ans au CTR Femmes, pouvez-vous renseigner les éléments suivants :

Leur prénom			
-------------	--	--	--

DOSSIER D'ADMISSION - C.T.R. «La Préface »

Date de naissance/Age			
Lieu de résidence actuel : - Avec vous - Leur père - En institution - Autre :			

Votre/vos enfant(s) est/sont-il(s) suivi par un pédiatre, un médecin traitant ? Oui Non Si oui :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Ont-ils des allergies, des restrictions alimentaires (précisez) ?

Si traitement(s) médical(aux) actuel(s) (précisez) :

Préciser s'il y a des éléments particuliers concernant la santé de l'enfant :

-

Les enfants ont-ils des contacts avec leur père ? Oui Non Si oui, a-t'il :

Autorité parentale ? Oui Non

Droit de garde ? Oui Non

Droit de visite ? Oui Non

Y a-t'il une ou des mesure(s) en cours ? Non Oui Si oui :

AEMO administrative depuis le...

AEMO judiciaire depuis le...

Autre(s) depuis le...

PERINATALITE ET PARENTALITE

Etes-vous actuellement enceinte ? Non Oui Si oui :

Connaissez-vous votre date de début de grossesse ?

Date :

Connaissez-vous votre date présumée d'accouchement ?

Date :

ADDICTIONS

Votre demande est en lien avec :

- L'alcool
- Drogues, si oui lesquelles :
- Médicaments

Prises en charge addictologiques

Passées Dates :	Ambulatoire :	Résidentiel :
En cours Depuis le :	Ambulatoire :	Résidentiel :

PSYCHOLOGIQUE

Suivi psychologique

Passé :
En cours :

Nom du soignant :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

DOSSIER MEDICAL

Confidentiel – A compléter par le médecin

Nom : Prénom : Date de naissance :

Coordonnées du Médecin adressant la patiente :

Nom : Prénom :

Structure / Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Fax : Mail :

Si différentes, coordonnées du Médecin traitant : Déclaré : Oui Non

Nom : Prénom :

Structure / Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Fax : Adresse Mail :

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Personnels :

Familiaux :

Antécédents psychiatriques

Personnels :
Familiaux :

Traitement(s) en cours (hors substitution aux opiacés)

 Aucun

Nom Médicament	Indication Prescripteur, lieu	Date de début Fréquence délivrance, lieu	Dosage Posologie	Mésusage

Traitement de substitution aux opiacés

 Aucun

Nom Médicament	Forme Prescripteur, lieu	Date de début Fréquence délivrance, lieu	Posologie dosage	Mésusage

Date, signature et cachet du médecin :