



FICHE D'ADMISSION – CTR LA LEVEE

Réservé au service LA LEVEE : N°

Date de réception : / / Date réponse : / /

Date d'admission : / /

Avis de l'équipe :

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOM :

PRENOMS :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Pays :

Nationalité :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Numéros de téléphone :

Adresse électronique :

Personne à prévenir en cas de besoin :

Téléphone :

Lien de parenté ou fonction si professionnel :

SITUATION MATRIMONIALE et FAMILIALE

Célibataire

Séparé

Union Libre

Pacsé

Marié

Divorcé

Veuf

Enfants : Non Oui (précisez combien) :

A charge : Non Oui (précisez combien)

SITUATION SCOLAIRE et PROFESSIONNELLE

Niveau de fin d'études :

Diplôme professionnel :

En activité :

Emploi actuel :

Depuis le :

Emplois antérieurs occupés :

Sans activité :

Demandeur d'emploi

Etudiant

Inactif - retraité

Invalide

RESSOURCES

Salaire

Revenus d'activité

Allocation de la CAF

ASSEDIC

RSA / API

AAH

Indemnités journalières

Pension d'invalidité

Aucun

A la charge d'un tiers (précisez) :

Tutelle

Curatelle Nom du travailleur social :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

COUVERTURE SOCIALE

Régime général - Sécurité Sociale

Effective

Numéro de sécurité sociale :

Centre d'affiliation :

Mutuelle

A.M.E

ALD

CMU

CMU Complémentaire

Indemnités Journalières

Aucun

LOGEMENT

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Durable | <input type="checkbox"/> Précaire | <input type="checkbox"/> SDF |
| <input type="checkbox"/> Logement personnel | | <input type="checkbox"/> En famille |
| <input type="checkbox"/> Colocation | | <input type="checkbox"/> En institution (<i>précisez</i>) : |
| <input type="checkbox"/> Hébergé chez des amis/proches | | |

SITUATION JUSTICE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Injonction thérapeutique | <input type="checkbox"/> Jugement en attente |
| <input type="checkbox"/> Mise à l'épreuve | <input type="checkbox"/> Placement extérieur (<i>précisez les dates</i>) : |
| <input type="checkbox"/> Obligation de soins Peines en attente, précisez : | |
| <input type="checkbox"/> Contrôle judiciaire | |

Coordonnées du **conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation** :

REFERENT SOCIAL

Indiquer les coordonnées du service qui soutient la demande

Nom du travailleur social :

Structure :

Adresse complète :

Téléphone:

Email :

ORIGINE DE L'ORIENTATION

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin Généraliste | <input type="checkbox"/> Equipe hospitalière |
| <input type="checkbox"/> CSAPA | <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>): |

NOTE SOCIALE

Rempli par :
Fonction :
Le :



APLEAT- ACEP
Direction territoriale du LOIRET
✉ 1, Rue Sainte Anne 45000 Orléans
☎ 02.38.62.90.63
@ : admission.residentiel45@apleat-acep.com

DOSSIER MEDICAL – CTR LA LEVEE

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

Coordonnées du médecin adressant le patient :

NOM : PRENOM :

Structure :

Adresse :

Téléphone : FAX :

Adresse email :

Si différent, coordonnées du médecin traitant :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Téléphone : FAX :

Adresse email :

1. ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

- Personnels :

- Familiaux :

- **Traitement psychiatrique en cours** : Non Oui

- =>Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin prescripteur si différent du médecin chargé du suivi psychiatrique :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

FAX :

Adresse email :

- **Antécédents psychiatriques familiaux :**

--

5. HOSPITALISATIONS

	Dates	Nombres	Lieux	Commentaires
<input type="checkbox"/> TS				
<input type="checkbox"/> Hospitalisation en psychiatrie <input type="radio"/> Sevrage <input type="radio"/> Maladie Psy				
<input type="checkbox"/> SPDT Soins psychiatriques à la demande d'un tiers				
<input type="checkbox"/> SPDRE Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat				

6. TRAITEMENTS EN COURS (dont la substitution)

Médicaments	Indications	Date de commencement du traitement	Posologie

ADDICTIONS

Produits	Diagnostic addictologique (dépendance, usage nocif, usage à risque,...)	Type de consommation (injection, sniff, fumé,...)	Age de début de la consommation problématique	Consommation active / date de rémission si arrêt	Commentaires

Historique des consommations

Prises en charge addictologique passées et en cours :

Dates	En ambulatoire	En résidentiel

Quels sont les objectifs de soin recherchés par le demandeur ?

Date, signature et cachet du médecin :



FICHE ETAT PSYCHOLOGIQUE – CTR LA LEVEE

NOM :

PRENOM :

Repérage des éventuelles fragilités psychiques actuelles (cochez et précisez) :

	Dépression	
	Anxiété - Stress	
	Emotionnelles	
	Troubles cognitifs	
	Relations sociales et familiales	
	Eléments psycho traumatiques identifiés	
	Eléments délirants	

- Suivi psychologique passé et en cours :

Nom du soignant :

Fonction :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

Date et signature :