



FICHE D'ADMISSION – CTR LA PREFACE

Réservé au service LA PREFACE : 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

À 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

Aucune

LOGEMENT

- Durable
- Précaire
- Logement personnel
- Colocation
- Hébergé chez des amis/proches

- SDF
- En famille
- En institution (*précisez*) :

SITUATION JUSTICE

- Injonction thérapeutique
- Jugement en attente
- Mise à l'épreuve
- Placement extérieur (*précisez les dates*) :
- Obligation de soins Peines en attente, précisez :
- 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

- Médecin Généraliste
- Equipe hospitalière
- CSAPA
- Autre (*précisez*) :

NOTE SOCIALE

Rempli par :
Fonction :
Le :



DOSSIER MEDICAL – CTR LA PREFACE

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 :**

- **Allergies :**

--

2. VACCINATIONS

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des dernières vaccinations			

3. SEROLOGIES

	HIV	HVB	HVC
Dates des derniers tests			
Résultats			
<i>Commentaires</i>			

4. VOLET PSYCHIATRIQUE

- **Historique psychiatrique personnel :**

--

- **Pathologie psychiatrique (hors addiction) stabilisée avec traitement ?** Non Oui

Si oui, depuis quand ?

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

- => *Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin :*

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

FAX :

Adresse email :

- **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 ENFANT ACCOMPAGNANT – CTR LA PREFACE

Notre établissement résidentiel permet l'accueil d'accompagnant(s) de la personne faisant une demande d'admission, mais uniquement pour les enfants de moins de 3ans.

NOM	Prénom	Age	Remarques / Précisions utiles

Autres compléments d'informations (Si des éléments médicaux doivent figurer, merci de joindre cette fiche au dossier médical d'admission)

NOM :

FONCTION :

TELEPHONE :

Date et signature



FICHE ETAT PSYCHOLOGIQUE – CTR LA PREFACE

NOM :

PRENOM :

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

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

- Suivi psychologique passé et en cours :

Nom du soignant :

Fonction :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

Date et signature :