

## 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**

	<b>DTP C</b>	<b>BCG</b>	<b>Hépatite B</b>
Dates des dernières vaccinations			

**3. SEROLOGIES**

	<b>HIV</b>	<b>HVB</b>	<b>HVC</b>
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 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	
	Eléments psycho traumatiques identifiés	
	Eléments délirants	

**- Suivi psychologique passé et en cours :**

Nom du soignant :

Fonction :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

**Date et signature :**

**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