

## 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

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

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 :

## 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 :

- Allergies :

--

## 2. VACCINATIONS

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des dernières vaccinations			

## 3. SEROLOGIES

	HIV	HVB	HVC
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

## 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 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 :**