

## FICHE D'ADMISSION – CTR LA PREFACE

### **Réservé au secrétariat : N°**

Date de réception : / /      Date ACR : / /

Date d'admission : / /      Date réponse : / /

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

Séparée

Union libre

Pacsée

Divorcée

Veuve

Mariée

Avez-vous des enfants(s) :  Non  Oui (Précisez combien) :

Sont-ils à votre charge :  Non  Oui (Précisez combien) :

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

NOM / Prénom			
Date de naissance/Age			

Lieu de résidence actuel de l'enfant :

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 :

Votre/vos enfant(s) a/ont-ils(s) 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 :

Votre/vos enfant(s) a/sont-ils(s) des contacts avec leur père ?  Oui  Non

Si oui, a-t'il :

L'autorité parentale ?  Oui  Non

Le droit de garde ?  Oui  Non

Le droit de visite ?  Oui  Non

Est-ce qu'il y a une ou des mesure(s) en cours ?  Non  Oui

Si oui :

AEMO administrative depuis le...

AEMO judiciaire depuis le...

Autre(s) depuis le...

Est-ce qu'il y a un ou des placement(s) provisoire ?  Non  Oui

Si oui, depuis quand ?

### **Périnatalité et Parentalité**

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 :

### **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

Pôle Emploi

RSA / API

AAH

Indemnités journalières

Pension d'invalidité

Aucun

A la charge d'untiers (précisez) :

Tutelle

Curatelle

Si oui, veuillez indiquer ;

Nom du travailleur social :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

### COUVERTURE SOCIALE

Régime général - Sécurité Sociale

Autre Régime

Numéro de sécurité sociale :

Centre d'affiliation :

Mutuelle

A.M.E

ALD

Complémentaire Santé Solidaire

Indemnités Journalières

Aucun

### 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*):

➤ *Merci de joindre à ce dossier ;*

La Note Sociale

Une Lettre de motivation

Le dossier Médical

La fiche Psychologique

La fiche enfant accompagnant

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			
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 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