

VOLET 1 : FICHE D'ADMISSION

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOM - PRENOM : DATE DE NAISSANCE :
LIEU : AGE : NATIONALITE :
ADRESSE :
.....
NUMERO DE TELEPHONE *FIXE* POUR VOUS JOINDRE: -----/----/----/----/----
NUMERO DE TELEPHONE *PORTABLE* POUR VOUS JOINDRE: -----/----/----/----/----

SITUATION FAMILIALE ET MATRIMONIALE

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Concubinage Pacs Marié Divorcé Veuf
NOMBRE D'ENFANTS : - NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX QUE VOUS JUGEZ UTILES DE PORTER A NOTRE CONNAISSANCE :
.....
.....

SITUATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE

NIVEAU DE FIN D'ETUDES : DIPLOMES :
FORMATIONS :
 EN ACTIVITE : Emploi actuel : Depuis le :
 En arrêt maladie Depuis le :
 SANS ACTIVITE : Demandeur d'emploi Etudiant Inactif Invalide Autre :
INSCRIPTION POLE EMPLOI : Oui Non

RESSOURCES

Salaire Allocataire de la CAF ASSEDIC
 RSA AAH Indemnités journalières
 Pension d'invalidité A la charge d'un tiers Aucune

Dettes (nature et montant) :
.....

Y a-t-il des échéanciers en cours ? Oui Non

SITUATION SOCIALE

Assuré Social : Oui Non

Caisse d'affiliation :

Numéro de Sécurité Sociale

Carte Vitale Attestation papier

Complémentaire santé :

Mutuelle

Nom :

Adresse :

CMU Valable jusque :

ALD Valable jusque :

SITUATION JUDICIAIRE

Nombre de condamnations : Nombre d'incarcérations : Sursis mise à l'épreuve : Oui Non

Affaires de justice en cours :

SUIVI SPIP : Non Oui Nom du référent :

SUIVI SOCIAL

Service qui suit votre demande :

Nom du travailleur social :

Autorisez-vous le centre à prendre contact avec cette personne ? Oui Non

ADDICTIONS

PRODUIT	MODE D'USAGE	FREQUENCE	ANNEE DE DEBUT DE PRISE

Prises en charge antérieures en addictologie :

.....
.....

Quels objectifs recherchez-vous dans le cadre d'un accueil en Centre Thérapeutique Résidentiel ?

.....
.....
.....
.....
.....

SUIVI PSYCHOLOGIQUE

Suivi en cours ou passé :

.....
.....

Nom du psychologue :

Autorisez-vous le centre à le contacter ? Oui Non

VOLET 2 : DOSSIER MEDICAL

(à faire remplir par votre Médecin)

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

COORDONNEES DU MEDECIN ADRESSANT LE PATIENT :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Commune :

ANTECEDANTS MEDICAUX

Personnels :

.....

.....

Familiaux :

.....

.....

Allergies :

VACCINATION

Carnet de vaccination ? OUI NON

DTP C Date:

BCG Date:

Hépatite B Date:

SEROLOGIES

Date des derniers tests:

HIV Résultat :

HVB Résultat :

HVC Résultat :

SUIVI PSYCHIATRIQUE

Antécédents psychiatriques familiaux :

Un diagnostic existe-t-il ? Si oui, lequel ?

Antécédents psychiatriques personnels :

- Tentatives de suicide
- Hospitalisations en psychiatrie
- Hospitalisations à la demande d'un tiers
- Hospitalisations d'office

Autre :

Suivi psychiatrique en cours : Oui Non

Coordonnées du Médecin psychiatre :

Traitement psychiatrique en cours : Oui Non

PRESCRIPTIONS EN COURS

(Dont la substitution)

AUTRE

Autres pathologies :

Existe-t-il des contre-indications (sportives, alimentaires...)? Si oui, lesquelles ?

Commentaires éventuels :