CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

(à remplir lisiblement, toute information manquante peut entraîner le renvoi du dossier)

NOM :…… PRENOMS :……

Date de naissance :……

Lieu de naissance :…… Département :…… Pays :……

Nationalité : ☐ Française ☐ Etrangère CEE ☐ Etrangère hors CEE

CNI valable jusqu'au :

Situation : ☐ Récépissé demandé (*précisez la date*) :

☐ Carte résident temporaire : ○ oui ○ non ○ en cours

Valable jusqu'au :……

☐ Carte résident permanent : ○ oui ○ non ○ en cours

Valable jusqu'au :……

ADRESSE :……

Code postal :…… Ville :……

Numéro de téléphone :…… Adresse mail :……

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom : …… Prénom : …… Lien de parenté : ……

Numéro de téléphone :…… Adresse e-mail :……

LOGEMENT ACTUEL OU HABITUEL

- ☐ Logement personnel ☐ Propriétaire ☐ Locataire
- ☐ Hébergé
- ☐ Sans domicile fixe
- ☐ En institution (précisez) : ……
- ☐ Logement envisagé à la sortie : ……

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL
DOSSIER DE PRE-ADMISSION

SITUATION MATRIMONIALE ET FAMILIALE

☐ Célibataire
☐ Union libre
☐ Marié
☐ Veuf
☐ Séparé
☐ Pacsé
☐ Divorcé

Enfants : ☐ Non ☐ oui Nombre :

A charge : ☐ Non ☐ oui Nombre :

☐ jugement de divorce et droit de visites des enfants.

PROTECTION SOCIALE

Numéro de Sécurité Sociale : ……

Couverture maladie de base	Complémentaire santé
☐ Régime général ☐ Régime agricole ☐ demande en cours Faite le : ☐ ALD ☐ Aucune	☐ complémentaire santé personnelle ☐ complémentaire santé d'entreprise ☐ complémentaire santé solidaire ☐ Demande en cours Faite le : ☐ aucune

RESSOURCES

☐ Salaire
☐ Allocation chômage
☐ Indemnités journalière
☐ RSA
☐ A la charge d'un tiers (précisez) :
☐ Allocation adulte Handicapé (AAH)
☐ invalidité
☐ Sans ressource
☐ Autres

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? ☐ Tutelle ☐ Curatelle

Nom du mandataire :
Adresse de l'organisme :

Numéro de téléphone :…… Adresse mail :……

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL
DOSSIER DE PRE-ADMISSION

SITUATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE

Niveau de fin d'études :……

Diplôme professionnel :……

☐ En activité :
Emploi actuel :
Depuis le :

☐ Sans activité
- ○ Demandeur d'emploi
- ○ Etudiant
- ○ Inactif – retraité
- ○ Invalide

RESSOURCES

Montant des ressources :…….. €

☐ Salaire
☐ Revenus d'activité
☐ Allocation de la CAF
☐ ASSEDIC
☐ Indemnités journalières
☐ Pension d'invalidité
☐ Pension d'invalidité
☐ Aucun

☐ Revenu de Solidarité Active : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

N°d'allocataire :…… Jusqu'au :……

☐ Allocation Adulte Handicapé : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

N° d'allocataire :…… Jusqu'au :……

☐ **Curatelle** : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ **Tutelle :** ☐ Oui ☐ Non ☐ en cours

Organisme :……

……

Curateur : …… Téléphone : ……

Tuteur : …… Téléphone : ……

SITUATION JUSTICE

☐ Injonction thérapeutique
☐ Mise à l'épreuve
☐ Aménagement de peine
☐ Peine en attente *(précisez)* :
☐ Jugement en attente
☐ Placement extérieur *(précisez les dates) :*
☐ Obligation de soins
☐ Contrôle judiciaire

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL
DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Coordonnées du conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation :

Nom/Prénom :……

Téléphone :…… Fax :……

Adresse mail : ……

RÉFÉRENT SOCIAL

Indiquer les coordonnées du service qui soutient la demande

Nom/Prénom :……

Structure :……

Adresse complète :……

……

Téléphone :…… Fax :……

Adresse mail : ……

ORIGINE DE L'ORIENTATION

☐ Médecin généraliste

☐ CSAPA

☐ Aménagement de peine

☐ Equipe hospitalière

☐ Service social

☐ Autre *(précisez)* :

EXPOSÉ DE LA SITUATION

Décrivez votre situation, vos besoins et vos objectifs :

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL
DOSSIER DE PRE-ADMISSION

INFORMATIONS MEDICALES

(à faire remplir lisiblement par un médecin, toute information manquante peut entraîner le renvoi du dossier)

COORDONNEES DU MEDECIN ADRESSEUR

NOM :…… PRENOM :…….

ADRESSE :…….

Code postal :…… Ville :…….

Numéro de téléphone :…… Adresse mail :…….

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

VOTRE ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ACTUEL

Merci de remplir le tableau ci-dessous

Catégorie	Nom	Adresse	Code postal	Ville	Téléphone	Adresse mail
Médecin généraliste						
Psychiatre						
Addictologue						
Infirmière						
Psychologue						

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Autre(s)Spécialiste(s)						

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL
DOSSIER DE PRE-ADMISSION

ADDICTIONS - CONSOMMATIONS

Produit(s] consommé[s] actuel[s]	Mode de consommation (fumé, bu, sniffé, injecté] QUANTITE / FREQUENCE	Date de début de la consommation (indiquez l'âge]

Addiction[s] comportementale(s]	Début	Observations

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIE ACTUELLE (POST-CURE, HOSPITALISATION)

Dates	En ambulatoire	En résidentiel

Un sevrage est-il nécessaire ? Si oui : DE TOUTE SUBSTANCE PSYCHO ACTIVE

☐ En hospitalisation ☐ En ambulatoire

Dates :

L'usager doit obligatoirement être sevré avant son admission en CTR

Produit(s) non consommé[s) actuellement	Mode de consommation (fumé, bu, sniffé, injecté)	Début de la consommation (indiquez l'âge)

Addiction[s) comportementale(s)	Début	Observations

❖ Prises en charge addictologie passées [post-cure, hospitalisation]:

Dates	En ambulatoire	En résidentiel

Antécédents [hospitalisation, TS, etc.)

Suivi psychiatrique actuel

☐ **Oui** ☐ **Non**

Diagnostic

Situation clinique actuelle

☐ Patient stabilisé ☐ Patient en cours de stabilisation

☐ Patient non stabilisé

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Merci de préciser les éléments cliniques ci-dessous:

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

EVALUATION SOMATIQUE

Antécédents médicaux/Chirurgicaux:

Antécédents familiaux:

Régime alimentaire spécifique:

Allergies:

Particularités cliniques (appareillage respiratoire ou orthopédique, …:

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL
DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Problèmes somatiques actuels:

Autonomie:

Repas : ☐ Oui ☐ Non

Toilette : ☐ Oui ☐ Non

Déplacements : ☐ Oui ☐ Non

Marche sur une distance supérieure à 500 mètres : ☐ Oui ☐ Non

Monter un escalier : ☐ Oui ☐ Non

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

TRAITEMENTS EN COURS (dont substitution)

(joindre une ordonnance en cours de validité)

Médicaments	Date de commencement du traitement	Posologie

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

SEROLOGIES

	HIV	HVB	HVC
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

VACCINS

Le patient est-il à jour de ses vaccins : ☐ Oui ☐ Non

Observations:

PRATIQUES SPORTIVES

Contre-indication au sport: ☐ Oui ☐ Non

oui, précisez:

CONTACTS

Pouvons-nous prendre contact avec le ou les professionnel(s] cités dans votre demande?

☐ Oui ☐ Non

Date:

Nom et signature du médecin: **Cachet du médecin** :

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL

LISTE DES PIECES A FOURNIR

- **Le présent dossier de demande d'admission**
- **Une copie de la pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou carte de séjour en cours de validité)**
- **Une copie de la carte vitale**
- **L'attestation de droit à l'assurance maladie ou la prise en charge CMU**
- **Une copie de la carte mutuelle**
- **Une attestation d'assurance responsabilité civile**
- **Une lettre de motivation**