

CTR ALIA
[Association Ligérienne d'Addictologie]
Haute-Bin
49600 BEAUPREAU EN MAUGES
Tél : 02 41 63 62 68 Fax : 02 41 63 35 92
Email : ctr-hautebrin@alia49.fr

Date de la demande :

A compléter par l'établissement

Date d'évaluation : / / Date d'admission : / / N° de Dossier

ORIGINE DE L'ORIENTATION

Indiquer les coordonnées du service qui soutient la demande

Nom du professionnel :

Structure :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

Médecin généraliste

Equipe hospitalière

CSAPA:

Autres [précisez] :

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Pays :

Nationalité :

ADRESSE :

Code Postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

Personne à prévenir en cas de besoin :

Téléphone :

Lien de parenté :

SITUATION MATRIMONIALE et FAMILIALE

- Célibataire Marié Union Libre Séparé
 Pascé Divorcé Veuf
Enfants : Non Oui [Précisez Combien] :
A charge : Non Oui [Préciser Combien] :

SITUATION SCOLAIRE et PROFESSIONNELLE

Niveau de fin d'études :

Diplôme professionnel :

En activité :

- Emploi actuel :
- Depuis le :
- Emplois antérieurs occupés :

En arrêt maladie : Oui Depuis le
 Non

Sans activité :

- Demandeur d'emploi
- Etudiant
- Inactif- Retraité
- Invalide

Jusqu'au

RESSOURCES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire | <input type="checkbox"/> AAH |
| <input type="checkbox"/> Autres | <input type="checkbox"/> Indemnités journalières |
| <input type="checkbox"/> Allocation de la CAF | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> ASSEDIC | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> RSA / API | <input type="checkbox"/> A charge d'un tiers [précisez] |

MESURE DE PROTECTION

Tutelle Curatelle

Nom du mandataire judiciaire :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

COUVERTURE SOCIALE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Régime général-Sécurité Sociale | <input type="checkbox"/> Régime agricole |
| <input type="checkbox"/> Demande en cours, faite le : | <input type="checkbox"/> Demande en cours, faite le : |
| <input type="checkbox"/> Effective | <input type="checkbox"/> Effective |
| <input type="checkbox"/> Aucune | |
| <input type="checkbox"/> AME | <input type="checkbox"/> ALD |
| <input type="checkbox"/> CMU | <input type="checkbox"/> CMU Complémentaire |
| <input type="checkbox"/> Mutuelle complémentaire N° Adhérent : | |
| <input type="checkbox"/> Aucune | |

LOGEMENT ACTUEL

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logement personnel | <input type="checkbox"/> SDF |
| <input type="checkbox"/> Colocation | <input type="checkbox"/> En famille |
| <input type="checkbox"/> Hébergé chez des amis/proches | <input type="checkbox"/> En institution (précisez) |

SITUATION SOCIALE

Bénéficiez- vous d'un accompagnement social actuellement ? (si oui coordonnées)

Nom :

ADRESSE :

Code Postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

SITUATION JUSTICE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Injonction thérapeutique | <input type="checkbox"/> Jugement en attente (précisez la date) : |
| <input type="checkbox"/> Mise à l'épreuve | <input type="checkbox"/> Placement extérieur (précisez les dates) : |
| <input type="checkbox"/> Obligations de soins | <input type="checkbox"/> Aménagement de peine (précisez les dates) : |
| <input type="checkbox"/> Peines en attente, précisez : | |
| <input type="checkbox"/> Contrôle judiciaire | |

Coordonnées du conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation :

A compléter par l'établissement :

DECISION

VOTRE DEMANDE

Lettre manuscrite à remplir par le demandeur

- Pourquoi demandez-vous à venir ?
- Quelles attentes et /ou besoins auriez-vous ?
- Quels sont vos objectifs ?
- Autres informations que vous souhaiteriez nous communiquer

LISTE DE CE QU'IL FAUT APPORTER

Vous devrez apporter le jour de votre arrivée :

- Votre ordonnance en cours de validité et votre traitement pour une semaine [si vous en avez un]
- Un pilulier
- Vos papiers de sécurité sociale et mutuelle
- Votre tabac pour 2 semaines
- Vos produits d'hygiène
- Un maillot de bain
- Une tenue de sport
- Une tenue de travail et des chaussures de sécurité
- Une attestation de responsabilité civile
- Un RIB
- Caution [chèque/espèces/virement] de 50.00 €

DOSSIER MEDICAL (CONFIDENTIEL)
A compléter par le médecin

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 :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

FAX :

Adresse email :

1. SEVRAGE

Avez-vous prévu un sevrage hospitalier avant l'entrée dans notre établissement ?

Non

Oui Dates et lieux :

2. ADDICTIONS

Produits consommés	Mode de consommation [fumé, bu,sniffé,injecté]	Début de la consommation [indiquez l'âge]

- *Historique des consommations :*

- *Prises en charge addictologie passées et en cours :*

<i>Dates</i>	<i>En ambulatoire</i>	<i>En résidentiel</i>

3. ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

-Personnels :

-Familiaux :

-Allergies :

4. VACCINATIONS :

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des dernières vaccinations			

5. SEROLOGIES :

	HIV	HVB	HVC
Dates des derniers tests			
Résultats			
<i>Commentaires</i>			

6. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUE :

- Historique psychiatrique personnel :

Suivi psychiatrique en cours : Non Oui

Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Adresse email :

7. HOSPITALISATIONS:

	Dates	Nombres	Lieux	Commentaires
<input type="checkbox"/> Hospitalisation en Psychiatrie				
<input type="radio"/> Maladie Psy				

8. TRAITEMENTS EN COURS [Dont la substitution] :

Joindre une ordonnance en cours de validité

Médicaments	Date de commencement du traitement	Posologie

PRATIQUES SPORTIVES

Contre-indication au sport : Non Oui – Laquelle :

Date : _____ Le _____

Nom et signature du médecin :

Cachet du médecin :