

## Partie sociale

**Date réception de la  
demande :**

**N° dossier :**

CTR ALIA (Association Ligérienne  
d'Addictologie)  
201 Haute-Brin  
Beaupréau  
49600 BEAUPREAU EN MAUGES  
Tél : 02 41 63 62 68  
Email : ctr-hautebrin@alia49.fr

NB : Mise à jour dossier à noter en rouge

### Réservé au service

Date d'évaluation :    /    /     Visite     Entretien tel

Décision :

Date d'admission :    /    /

Archivé le :    /    /    Motif :

## Le demandeur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :    /    /

Lieu de naissance :

Département :

Pays :

Nationalité :

Adresse complète :

Code Postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

Personne à prévenir en cas de besoin :

Lien de parenté :

Téléphone :

## 1- Situation personnelle

Célibataire    Marié    Union Libre    Pacsé    Séparé    Divorcé    Veuf

Enfants :    Non    Oui (Précisez Combien) :

A charge :    Non    Oui (Préciser Combien) :

## 2- Logement actuel ou habituel

- Logement personnel
- Hébergé
- Sans domicile stable
- En institution (précisez) :

## 3- Couverture maladie

Couverture maladie de base	Couverture maladie complémentaire
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Régime général</li><li><input type="checkbox"/> Régime agricole</li><li><input type="checkbox"/> Demande en cours</li></ul> Faite le : <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ALD</li><li><input type="checkbox"/> Aucune</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Mutuelle personnelle</li><li><input type="checkbox"/> Mutuelle d'entreprise</li><li><input type="checkbox"/> Complémentaire Santé Solidaire</li><li><input type="checkbox"/> Aucune</li></ul>

## 4- Ressources

- Salaire
  - Allocation chômage
  - Indemnités journalières
  - RSA
  - Autres (précisez) :
- Allocation Adulte Handicapée (AAH)
- Motif :
- Sans ressources
  - Pension invalidité
  - A la charge d'un tiers (précisez) :

## 5- Situation professionnelle

- En cours d'emploi Si oui, nature du contrat :
- Demandeur d'emploi Si oui, inscrit à Pôle Emploi       Oui  Non
- Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) Depuis le :
- En arrêt maladie Depuis le :
- Inactif       Retraité
- Autre (précisez) :

## 6- Mandataire judiciaire

- Non concerné
- Curatelle simple       Curatelle renforcée       Tutelle

Nom du mandataire judiciaire :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

## 7- Situation au regard de la justice

- Non concerné       Sursis avec mise à l'épreuve
- Jugement en attente (date) :       Obligations de soins
- Contrôle judiciaire      Jusqu'au :
- Placement sous Surveillance Electronique       Aménagement de peine (précisez) :

Incarcéré

Depuis le :

Jusqu'au :

Coordonnées du Conseiller Pénitentiaire d'Insertion  
et de Probation (CPIP) :

Votre accompagnement social actuel

Merci de remplir le tableau ci-dessous

Catégorie	Nom	Fonction	Adresse	Code postal	Ville	Téléphone	Mail
Travailleur social							
Autres travailleurs sociaux							

## Indiquer les coordonnées du service qui soutient la demande

Nom du professionnel :

Fonction :

Structure :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

CSAPA:

Médecin généraliste

Equipe hospitalière

Autres (précisez) :

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

Oui

Non





Association Ligérienne  
d'Addictologie

# FICHE D'ADMISSION

## Partie médicale

**Date réception de la  
demande :**

**N° dossier :**

CTR ALIA (Association Ligérienne  
d'Addictologie)  
201 Haute-Brin  
Beaupréau  
49600 BEAUPREAU EN MAUGES  
Tél : 02 41 63 62 68  
Email : ctr-hautebrin@alia49.fr

*NB : Mise à jour dossier à noter en rouge*

## Le patient

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

## Coordonnées du médecin adressant le patient

NOM :

Prénom :

Structure :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse email :

Votre accompagnement médical actuel

Merci de remplir le tableau ci-dessous

Catégorie	Nom	Fonction	Adresse	Code postal	Ville	Téléphone	Mail
Médecin généraliste							
Psychiatre							
Addictologue							
Infirmière							
Psychologue							
Autres(s) Spécialiste(s)							



## ADDICTION - CONSOMMATION

### 1- Suivi actuel

<b>Produit(s) consommé(s) actuel(s)</b>	<b>Mode de consommation (fumé, bu, sniffé, injecté) QUANTITE FREQUENCE</b>	<b>Début de la consommation (indiquez l'âge)</b>

<b>Addiction(s) comportementale(s)</b>	<b>Début</b>	<b>Observations</b>

❖ **Prises 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 :

**Le patient doit obligatoirement être sevré avant d'entrer dans notre structure.**

## 2- Suivi passé

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

<b>Addiction(s) comportementale(s)</b>	<b>Début</b>	<b>Observations</b>

### ❖ Prises en charge addictologie passées (post-cure, hospitalisation) :

<b>Dates</b>	<b>En ambulatoire</b>	<b>En résidentiel</b>

# EVALUATION PSYCHIATRIQUE

## 1- Antécédents (hospitalisation, TS, etc.)

## 2- Suivi psychiatrique actuel

- Oui**     **Non**

## 3- Diagnostic

## 4- Situation clinique actuelle

- Patient stabilisé                       Patient en cours de stabilisation  
 Patient non stabilisé

**Merci de préciser les éléments cliniques ci-dessous :**

## EVALUATION SOMATIQUE

➤ **Antécédents médicaux/Chirurgicaux :**

➤ **Antécédents familiaux :**

➤ **Régime alimentaire spécifique :**

➤ **Allergies :**

➤ **Problèmes somatiques actuels :**



## SEROLOGIES

	HIV	HVB	HVC
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

## VACCINS

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

Observations :

## PRATIQUES SPORTIVES

Contre-indication au sport :  Oui  Non

Si 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 :

## Points importants du règlement

Vous trouverez ci-dessous un récapitulatif des points forts de notre règlement. Merci de remplir ce document en cochant les cases. Ce document permet de préparer votre éventuel futur entretien et de vérifier que notre structure corresponde à vos attentes.

Règles	Cela me convient	Cela me pose question	Commentaires
Accueil personne majeure et volontaire			
Les animaux ne sont pas admis			
Réalisation d'inventaire : A l'arrivée et au retour des permissions et en cas de suspicion d'introduction de produits			
Réalisation possible de toxique urinaire et alcootest			
Interdiction de consommer et d'introduire des substances (hors tabac)			
Interdiction de fumer dans les locaux dont la chambre. Y compris la cigarette électronique			
Respect d'autrui, pas de violence			
Avoir une responsabilité civile (attestation)			
Sevrage de substance Protocole de substitution accepté			
Si non respect du règlement, un arrêt de l'accompagnement peut être décidé à tout moment			
Période de 6 semaines d'observation conclue par un bilan			
Respect des horaires, du rythme, du programme du CTR			
Préparation des repas			
Prise des repas en commun			
Participation obligatoire à toutes les activités proposées sauf contre-indication médicale (certificat demandé)			
Entretien de son linge (machine à disposition)			
Chambre individuelle. Interdiction d'aller dans la chambre d'autrui sans y être convié			



Règles	Cela me convient	Cela me pose question	Commentaires
Respect du calme			
Respect du droit à l'image			
Discours respectueux d'autrui			
Caution de 100€ à l'arrivée et remise un mois maximum après votre départ si pas de dégradation			
Entretien de sa chambre Vérification hebdomadaire faite par les professionnels en votre présence			
L'argent en espèces est déposé sur un compte interne. Vos moyens de paiements vous sont remis lors de vos sorties achats			
Participation aux entretiens. 1 premier obligatoire avec les différents professionnels de santé.			
Téléphone portable autorisé en dehors des temps d'activités et de repas			
Accès à internet sur un PC spécifique ou bien avec votre téléphone avec un code WIFI donné par les professionnels le soir			
Une liste de personnes autorisées à vous contacter est demandée à l'arrivée			
Visites de vos proches et sorties possibles. Demande écrite à faire auprès de l'équipe Sauf cas exceptionnel ou après évaluation de l'équipe, il n'y a pas de visites ou de sorties autorisées avant les 15 jours suivants votre arrivée			
1 <sup>ère</sup> sortie autorisée après 1 mois de séjour. Avec possibilité de sortir tous les 15 jour selon l'accord de l'équipe			
Participe et co-construit son projet avec son référent			
Temps de fermeture dans l'année : 3 semaines (2 semaines l'été et 1 semaine l'hiver) Lieu de votre séjour pendant ces fermetures : Pas de contre-indication si absence de logement. Cela sera vu au cas par cas			
Achat confiserie autorisé 1 fois par semaine avec grammage limité par l'équipe			
Seuls les achats d'eau plate et/ou gazeuse sont autorisés concernant les boissons			