

# Dossier d'admission CSAPA Kairos





# Processus d'admission au CSAPA Kairos

**MERCI DE NOUS RETOURNER CE DOSSIER PAR MAIL À [admissionkairos@oppelia.fr](mailto:admissionkairos@oppelia.fr) OU PAR COURRIER ET DE NOUS APPELER UNE SEMAINE APRÈS ENVOI POUR CONVENIR D'UN RENDEZ-VOUS TÉLÉPHONIQUE.**

## **Étape 1** REMPLISSAGE DU DOSSIER D'ADMISSION

Co-remplir le dossier d'admission (actient/professionnel référent de l'orientation).

Ce dossier conditionne l'admission et constitue un élément important pour définir le projet thérapeutique du séjour. Outre les éléments administratifs et généraux, ce dossier comprend des documents d'évaluation indispensables dans le cadre des axes que nous travaillerons durant le séjour. **Tout dossier non complété ou partiellement ne pourra permettre la poursuite de l'orientation.**

## **Étape 2** ENTRETIEN PRÉALABLE À LA DÉCISION D'ADMISSION.

Entretien téléphonique, dans les 2/3 semaines à réception du dossier, avec un membre de l'équipe de Kairos durant environ 45mn afin d'approfondir les motivations et la concordance des attentes et du projet de la personne avec le programme proposé.

Rendez-vous possible le jeudi matin et le vendredi.

## **Étape 3** DÉCISION D'ADMISSION SOUS HUITAINE avec confirmation auprès de l'actient par téléphone et auprès de l'équipe.

## **Étape 4** ENVOI DU LIVRET ACCUEIL ET APPEL HEBDOMADAIRE (jeudi matin ou vendredi après midi) pour mise en place de l'accueil et de la coordination du séjour avec l'équipe référente.



### **Liste des documents à fournir :**

- photocopie de l'ordonnance actuelle
- certificat d'aptitude sportive
- Attestation carte vitale



### **CHECK-LIST :**

- Prévoir 10 jours de traitement et ordonnance correspondante
- Prévoir arrêt de travail de 15 jours minimum si nécessaire
- Pas de bon de transport possible de notre part

**Espace réservée à l'administration du CTR Kairos**

## COORDONNÉES STRUCTURE PRESCRIPTRICE :

## COORDONNÉES DE L'ACTIENT :

## Nom :

## Prénom :

Genre : Masculin Féminin Autre :

Adresse domicile :

Pronom(s) : IL Elle Iel Autre :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Date de naissance : /...../ /...../ /...../ ou âge : ..... ans

Mail :

Lieu de naissance :

## NATIONALITÉ :

Française  
Etrangère CEE  
Etrangère hors CEE

## Logement :

Durable indépendant  
Durable chez proches  
Chez qui ? : .....  
Durable en institution  
Précaire en institution  
Précaire chez proches  
Etabl. Pénitentiaire  
SDF  
Autre précaire

## Niveau d'études :

Primaire pas terminé  
Primaire  
Niveau BEPC  
Niveau BEP/CAP  
Niveau BAC  
Niveau Bac+2  
Niveau supérieur à Bac+2

## PROFESSION :

.....

## SITUATION MATRIMONIALE :

Célibataire  
Union libre  
Marié  
Séparé  
Divorcé  
PACS  
Veuf  
Autre

## RESSOURCES :

Salaires  
A.A.H.  
ASSEDIC  
A la charge d'un tiers  
RSA  
Autres

## ENFANTS :

Oui  
Non

Si oui, nombre :

Nés en :

Enfants à charge : Oui Non

Si oui, nombre :

## Logement envisagé après le séjour :

.....

## SITUATION PROFESSIONNELLE

## (6 DERNIERS MOIS) :

Activité rémunérée continue  
Activité rémunérée intermittente  
Chômage  
Etudiant, élève, stagiaire non  
rémunéré  
Retraité  
Autre, inactifEXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE  
CONTINUE SUPÉRIEURE À 2 ANSOui  
Non

## CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :

Agriculteur  
Ouvrier  
Employé  
Ne sait pas  
Artisan, commerçant  
Retraité  
Cadre, profession libérale  
Sans profession

## COUVERTURE SOCIALE

Régime Général (S.S.)  
A.M.E.  
S.S. + Mutuelle  
S.S Tiers  
S.S. à 100%  
Assurance perso.  
C.M.U.PERSONNE DE CONFIANCE (NOM ET  
TÉLÉPHONE) :

.....

Le programme thérapeutique est conçu comme **une étape** dans un accompagnement à long terme. Il nécessite alors de créer plus qu'un **partenariat**, une véritable **co-action** avec les centres « prescripteurs », aussi bien dans la réalisation du séjour que dans la place qu'il occupe dans le **projet de soins** de chaque personne.

Projet individuel mis en place ou travaillé actuellement avec l'actif	Projet prévu après le séjour à KAIROS

Quels sont les professionnels impliqués dans l'accompagnement ?

Nom	Profession	Téléphone et mail (en majuscules)

Date de la première démarche de soins :

SUIVIS EXTÉRIEURS AU CENTRE DE RÉFÉRENCE :

Médecin traitant      Spécialistes  
Auto-support          Judiciaire

Objet :

Procédure en cours

DISPOSITIFS THÉRAPEUTIQUES DÉJÀ EFFECTUÉS :

Sevrage(s)                      Dates :                      Lieux :

Communauté thérapeutique      Dates :                      Lieux :

Appartements thérapeutiques      Dates :                      Lieux :

Centre thérapeutique résidentiel      Dates :                      Lieux :

Si arrêt des séjours, veuillez en indiquer les motifs :

Il s'agit de se donner une représentation des difficultés rencontrées mais aussi des axes prioritaires dans le projet envisagé par la personne (ce qui est travaillé actuellement et souhaite être repris, ou initié durant le séjour). L'échelle des priorités comprend la notion de motivation au changement et les désirs de la personne.

### ÉCHELLE DE DIFFICULTÉS

Légende :

- 0-1 Sphère satisfaisante
- 2-3 Légère insatisfaction
- 4-5 Insatisfaction moyenne
- 6-7 Difficulté considérable
- 8-10 Insatisfaction majeure

10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
<b>Sphère</b>	<b>Consommations</b>	<b>Somatiques</b>	<b>Relationnelles</b>	<b>Sociales</b> <i>(insertion sociale et professionnelle)</i>	<b>Psychiques</b>

### ÉCHELLE DES PRIORITÉS

Légende :

- 0-1 Pas une réelle priorité
- 2-3 Importance légère
- 4-5 Peut être consolidé
- 6-7 Objectif important
- 8-10 Priorité

10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
<b>Sphère</b>	<b>Consommations</b>	<b>Somatiques</b>	<b>Relationnelles</b>	<b>Sociales</b> <i>(insertion sociale et professionnelle)</i>	<b>Psychiques</b>

Objet de consommation	Age de la 1ère conso.	Age de conso. régulière	Type d'usage			Mode de consommation				Conso. régulière (Passée ou actuelle)		Date d'arrêt	Dans les 30 derniers jours		
			Simple	Nocif	Dépendance	Avalé	Sniffé	Fumé/inhalé	Injecté	Oui	Non		Occasionnel	Plusieurs fois/semaine	Quotidien
Héroïne															
Morphine, opium															
Dérivé de codéine															
TSO hors prescription Précisez :															
Jeux de hasard et d'argent Précisez :															
Cocaïne															
Crack															
Amphétamines															
Ecstasy															
Traitements psychotropes détournés Précisez :															
Benzodiazépines															
Cyberdépendance Précisez :															
Troubles alimentaires Précisez:															
Colles et solvant															
Cannabis															
LSD, autres dysléptiques															
Alcool															
Tabac															
Autre Précisez :															

**RAPPORT À LA SANTÉ ET AU BIEN ÊTRE PHYSIQUE ACTUEL :***Légende :*

- 0-1 Sphère Satisfaisante
- 2-3 Légère insatisfaction
- 4-5 Insatisfaction moyenne
- 6-7 Difficulté considérable
- 8-10 Insatisfaction majeure

	Cotation	Commentaires / Observations - Réponses obligatoires
Etat physique global (fatigue, douleurs, santé...)		
Rapport au corps		
Alimentation		
Sommeil		
Sexualité		
Activité physique ou psychocorporelle		
Autres (à préciser) :		

**FRAGILITÉS PSYCHOLOGIQUES ressenties actuellement :***Légende :*

- 0-1 Sphère Satisfaisante
- 2-3 Légère insatisfaction
- 4-5 Insatisfaction moyenne
- 6-7 Difficulté considérable
- 8-10 Insatisfaction majeure

	Cotation	Commentaires / Observations - Réponses obligatoires
Etat psychique global		
Rapport aux émotions		
Dépression, anxiété		
Concentration / Mémoire		
Eléments psycho-traumatiques connus		
Activité artistiques / créatives		
Autres (à préciser)		



**RAPPORT AUX AUTRES, QUALITÉ DES RELATIONS SOCIALES ACTUELLES :***Légende :*

- 0-1 Sphère Satisfaisante
- 2-3 Légère insatisfaction
- 4-5 Insatisfaction moyenne
- 6-7 Difficulté considérable
- 8-10 Insatisfaction majeure

	Cotation	Commentaires / Observations - Réponses obligatoires
Ressentis dans la relation à l'autre / Satisfaction du réseau social		
Relations familiales (parents)		
Relations familiales (enfants)		
Relations avec la fratrie		
Relations amicales		
Relations professionnelles		
Relations institutionnelles		
Autres (à préciser)		

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN / CONFIDENTIEL****RÉGIME ALIMENTAIRE (ALLERGIES, VÉGÉTARIEN...) :****ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX****ANTÉCÉDENTS PERSONNELS SOMATIQUES**

Cardio-vasculaires :

Appareil respiratoire :

Sphère digestive :

Neurologie :

Crise convulsive de sevrage :    Oui        Non

Déliirium trémens :    Oui        Non

Allergies :

Autres (traumatismes, interventions chirurgicales, maladie chronique...)

Handicap physique :    Oui        Non

Si oui, lequel :

Si à la suite d'un traumatisme, lequel :

Âge (ou date) :

**AFFECTION VIH**

Test sérodiagnostique effectué : Oui Non

Si oui, date du dernier test :

Ce test est :

séropositif  
séronégatif  
en attente de résultat  
traitement envisagé**HÉPATITE B**

Test sérodiagnostique effectué : Oui Non

Si oui, date du dernier test :

Ce test est :

séropositif  
séronégatif  
en attente de résultat  
Si séropositif  
Non guérie  
Guérie

Vaccination : Oui Non Incomplète

**HÉPATITE C**

Test sérodiagnostique effectué : Oui Non

Si oui, date du dernier test :

Le test le plus récent est :

séropositif  
séronégatif  
Si séropositif :  
Non guérie  
Guérie  
ChroniqueGénotype :  
En attente de traitement  
Traitée actuellement**ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES**

TS : Oui Non Si oui, âge ou dates :

Moyen :

Hospitalisation en psychiatrie : Oui Non

Si oui âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

HDT : Oui Non

Si oui âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

HO : Oui Non

Si oui âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

Traits de personnalité ou comportement(s) remarquables qui pourraient constituer une difficulté pendant le séjour :

**EVOLUTION DES CONDUITES ADDICTIVES (DEPUIS LE DÉBUT DE L'ACCOMPAGNEMENT) :**

(ex : mise sous TSO, accompagnements au sevrage, meilleure gestion de la conduite, rechutes....)

**Traitement actuel incluant la SUBSTITUTION** (merci d'indiquer ceux prescrits en générique)

Médicaments	Date de début	Posologie	Voie d'administration et répartition dans la journée	Effets bénéfiques	Mésusage ? Abus repéré ?



111 Rue du Général Leclerc  
78570 Andrésy  
Tél. : 01 39 27 90 71  
admissionkairos@oppelia.fr – [www.oppelia.fr](http://www.oppelia.fr)