



Le trait d'union

Addiction • Santé • Solidarité

Dossier d'admission

CTR Clamart



Ce dossier permet de faire connaissance et fera l'objet de nos échanges lors de notre prochain entretien téléphonique ou rencontre.

Il comprend des éléments administratifs, médicaux et de votre situation actuelle en lien avec les différents axes du programme thérapeutique de notre structure.

Où renvoyer le dossier ?

- Par Mail : educateur.ctr@oppelia.fr
- Par Courrier :

CTR CLAMART
36 ter, Rue Cécile DINANT
92140 CLAMART

Pour toutes questions nous sommes joignables au : 01 40 95 02 66 / 07 63 99 18 25

Clause de confidentialité

Les informations contenues dans ces documents sont confidentielles et soumises au secret professionnel elles sont destinées à l'usage exclusif du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous n'êtes pas le destinataire, vous êtes, par la présente, avisé que toute divulgation, reproduction, distribution ou autre utilisation de cette communication est strictement interdite. Si vous recevez ce document par erreur veuillez nous contacter par téléphone afin que nous puissions faire le nécessaire pour le récupérer.

FICHE ADMINISTRATIVE

NOM :
Prénom :
Genre : Masculin ☐ Féminin ☐
Date de naissance :
Adresse du domicile :
Code postal : Ville :
N° Téléphone :
Mail :
Nationalité :
Situation familiale :
Logement actuel :
Solution d'hébergement prévue à l'issue du séjour :
Couverture sociale : oui ☐ non ☐
Type de couverture social :
Joindre une Attestation à jour

PARTENAIRES

Coordonnées de la ou des structure(s) qui vous accompagne(nt)	Dates de début de l'accompagnement

Professionnels qui vous accompagnent actuellement en structure :

☐ Médecin Nom et structure :
.....
☐ Psychiatre Nom et structure :
.....
☐ Infirmier/ère Nom et structure :
.....
☐ Psychologue Nom et structure :
.....
☐ Educateur/trice Nom et structure :
.....
☐ Assistant/e Social Nom et structure :
.....

Référent social en charge du dossier d'admission :

Nom :

Fonction :

Mail : (+tel)

Référent médical en charge du dossier d'admission :

Nom :

Fonction :

Mail : (+tel)

Les Consommations

Pour quelle(s) conduite(s) addictive(s) avec ou sans produit faites-vous une demande au CTR ?

- 1.
- 2.
- 3.

Sur une échelle de 1 à 10 indiquez à quel point vous vous sentez en difficulté avec cette/ces conduite(s) addictive(s) ?

- : ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10
- : ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10
- : ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10

Avez-vous déjà bénéficié d'un accompagnement en addictologie, si oui dans quelle(s) structure(s) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Satisfaction des besoins :

Au niveau	de mes <i>consommations</i>	Aspect <i>Psychologique</i> (angoisse, trouble du sommeil, ..)	de mon corps (sensations, douleurs...)	de mes <i>relations</i> <i>aux autres</i>
Je suis satisfait				
Je suis moyennement satisfait				
Je suis en difficulté				

Classez ces 4 domaines dans l'ordre de vos priorités

- 1 –
- 2 –
- 3 –
- 4 –

Santé psychique / Comment vous sentez-vous ?

Trouble	Etat dépressif	Anxiété	Hallucinations (en dehors de prises de produits)	Sommeil	Concentration / compréhension	Sur le plan émotionnel	Troubles alimentaires, impulsivité, ...)
Pas de trouble							
Trouble Léger							
Troubles fréquents							
Souffrance importante							

MOTIVATIONS

Pour quelles raisons souhaitez-vous intégrer le CTR de Clamart actuellement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOS OBJECTIFS DURANT LE SEJOUR ?

Notre programme thérapeutique est construit autour de 3 axes : les conduites addictives, la connaissance de soi/l'estime de soi, les relations sociales. Quelles évolutions souhaiteriez-vous dans ces domaines ?

- Axe 1 : consommations/conduites addictives

.....

- Axe 2 : connaissance de soi/estime de soi

.....

- Axe 3 : relations sociales

.....



Fiche médicale // Partie à remplir par le médecin

Antécédents familiaux

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

Antécédents personnels

Antécédents somatiques :

Cardiovasculaires :

Appareil respiratoire :

Sphère digestive :

Neurologie :

Crise convulsive de sevrage : oui ☐ non ☐

Delirium tremens : oui ☐ non ☐

Allergies :

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

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

Handicap physique : oui ☐ non ☐

Si oui, lequel ? :

.....

Antécédents psychiatriques

TS : oui ☐ non ☐

Si oui, âge ou dates :

Moyen :

.....

Hospitalisation en psychiatrie : oui ☐ non ☐
Libre ☐ Sur demande d'un tiers ☐

Age ou dates :
Motifs :
Durée :
Lieu :

Age ou dates :
Motifs :
Durée :
Lieu :

Age ou dates :
Motifs :
Durée :
Lieu :

Avez-vous été diagnostiqué pour des troubles spécifiques : oui ☐ non ☐
Si oui, lesquels :

Trouble du comportement alimentaire : oui ☐ non ☐

Antécédents Psycho-Trauma connus : oui ☐ non ☐

Traitement actuel incluant la substitution

Traitement médicamenteux prescrit par un médecin : oui ☐ non ☐

Un sevrage devrait-il être organisé avant une entrée en CTR ? : oui ☐ non ☐

Documents à fournir

- Attestation sécurité sociale
- Certificat d'aptitude à la pratique d'activités physiques et sportives
- **La dernière ordonnance à jour**

Seuls les dossiers complets seront traités

