

Demande d'admission au CTR le Thianty

Vous souhaitez faire une demande au CTR le Thianty, merci de remplir le dossier d'admission (partie sociale et médicale).

Les pièces à fournir :

- **Une note sociale des référents .**
- **L'ordonnance actuelle de vos traitements.**
- **Un certificat médical de non contre indication à la pratique de la randonnée et du badminton.**

Le dossier ne peut être étudié que lorsqu'il est complet.

Le dossier peut -être envoyé par mail à l'adresse : ctrthianty@oppelia.fr ou gguebey@oppelia.fr

Démarches à faire après envoi du dossier :

Pour amorcer l'étude du dossier et lancer la procédure d'admission, merci de prendre contact avec le CTR par téléphone au **07.87.00.46.14 le mardi et le jeudi matin entre 9h et 12h** (après envoi du dossier et lorsqu'il est complet).

Un entretien téléphonique vous sera proposé pour échanger avec vous sur votre demande et vous présenter le CTR.

Procédure d'admission :

Le médecin du CTR se mettra en lien avec le médecin orienteur ou votre médecin traitant.

Le CTR se met en lien avec les référents sociaux (si vous en avez)

Votre dossier passe ensuite en commission d'admission. Vous serez ensuite informé de la validation ou non de votre admission et un courrier vous sera envoyé avec votre date d'admission et l'heure à laquelle vous êtes attendus.

Toutes les étapes citées ci-dessus doivent être réalisées afin d'intégrer le CTR.

FICHE DE PREMIERS RENSEIGNEMENTS

I. DOSSIER CONFIDENTIEL DE LA PERSONNE

Date :

NOM :

PRÉNOM :

SEXE :

Masculin

Féminin

DATE DE NAISSANCE : ou âge : Ans

ADRESSE DOMICILE :

CODE POSTAL :

VILLE :

N° TÉL. :

LIEU DE NAISSANCE :

DÉPARTEMENT :

PAYS :

NATIONALITÉ : (entourez les réponses adaptées)

Française

Étrangère CEE

Étrangère hors CEE

SITUATION MATRIMONIALE:

Célibataire
Veuf(ve)

Union libre
Autre

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé (e)

Pacsé (e)

ENFANTS :

Oui

Non

Si oui, nombre :

Nés en :

CSAPA REFERENT

NOM DU CSAPA REFERENT:

ADRESSE DU CSAPA :.....

TELEPHONE DU CSAPA:

EMAIL CSAPA:.....

FAX CSAPA :.....

NOM DU TRAVAILLEUR SOCIAL REFERENT:

NOM et TEL du MEDECIN REFERENT:

ORIGINE DE LA DEMANDE : (cochez la ou les réponse/s vous concernant)

- Patient lui-même Famille / Amis CSAPA Médecin Généraliste
 Hôpital Service social Obligation de soins ou mesures judiciaires Autre

LOGEMENT:

- Durable indépendant Précaire chez proches centre pénitentiaire
 Durable chez proches Précaire en institution SDF
 Durable en institution

SITUATION PROFESSIONNELLE NIVEAU D'ÉTUDES :

En activité:

Emploi actuel:

Depuis le :

Sans activité

Demandeur d'emploi

Arrêt maladie

Etudiant

Invalide

Retraité

Autre,

À préciser:.....

CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur | <input type="checkbox"/> Ouvrier (e) |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant | <input type="checkbox"/> Retraité (e) |
| <input type="checkbox"/> Cadre, profession libérale | <input type="checkbox"/> Sans profession |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Employé (e) | |

RESSOURCES :

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Salaires | <input type="checkbox"/> A.A.H. |
| <input type="checkbox"/> ASSEDIC | <input type="checkbox"/> À la charge d'un tiers |
| <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> Autres |

COUVERTURE SOCIALE :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Régime Général (S.S.) | <input type="checkbox"/> A.M.E |
| <input type="checkbox"/> S.S. + Mutuelle | <input type="checkbox"/> S.S. Tiers |
| <input type="checkbox"/> S.S. à 100 % | <input type="checkbox"/> Aucune |
| <input type="checkbox"/> Assurance perso. | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> C.M.U. | |

Etes- vous en possession de votre carte VITAL?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

Si NON : avez-vous fait les démarches nécessaires pour l'obtenir à nouveau ?

II. COMPORTEMENT ADDICTIF à (cocher le ou les comportements motivant votre accompagnement)

PRODUIT ou Comportement	CHOIX 1	CHOIX 2	CHOIX 3
Héroïne			
Morphine, opium			
Dérivés de codéine			
Subutex hors prescription			
Méthadone hors prescription			
Cocaïne			
Crack			
Amphetamines			
Ecstasy			
Antidépresseurs			
Barbituriques			
Benzodiazépines			
Autres hypnotiques			
Colles et solvant			
Cannabis			
LSD, autres dysléptiques			
Alcool			
Autres substances			
Tabac			
Polytoxicomanie			
Addiction sans substance (jeux, alimentation, sexualité...)			

Injection intraveineuse : Oui, au cours du mois passé
 Oui antérieurement
 Jamais

FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DE CE PRODUIT

Pas dans le mois passé (occasionnel.) Une fois par semaine
 2 à 6 fois par semaine Chaque jour Ne sait pas

SITUATION PRODUIT PRINCIPAL

Dépendance
 Sevrage déjà effectué: date :.....

FICHE de RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin qui remplit la fiche :

NOM de l'utilisateur :.....

PRENOM de l'utilisateur :.....

AFFECTION VIH :

Test sérodiagnostique effectué : Oui Non

Date du test le plus récent :

Ce test est : séropositif séronégatif en attente résultat

HÉPATITE B :

Test sérodiagnostique effectué : Oui Non

Si oui, date du dernier test :

 positif négatif 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 : positif négatif en attente de résultat

 Traitée Non traitée

TENTATIVE DE SUICIDE :

Avant le comportement addictif: Oui Non Depuis l'addiction: Oui Non

PSYCHIATRIE :

Hospitalisation antérieure : Oui Non

Préciser:.....

Suivi par un psychiatre : Oui Non

Coordonnées :.....

Diagnostic Psychiatrique : Oui Non

lequel :.....

Troubles en cours de traitement :

Troubles du sommeil : Oui Non

Troubles de l'humeur :

- Troubles dépressif : Oui Non
- Troubles anxieux : Oui Non
- Irritabilité/ agitation : Oui Non
- Trouble de la personnalité : Oui Non
- Autre : Oui Non
-

Préciser :.....

Préciser :.....

Préciser :.....

Préciser :.....

Préciser :.....

TRAITEMENTS EN COURS :

Médicaments	Début prescription	Posologie	Voie d'adm.	Effets recherchés

Merci de Joindre au dossier:

- 1 photocopie de l'ordonnance actuelle

- 1 certificat médical de non contre-indication à la pratique de la marche en montagne, du badminton et de la natation. Le médecin du centre est amené à vous contacter pour valider le dossier médical

