Dossier d’admission

CTR Clamart



2021

# Sommaire

[Faisons connaissance... 3](#_Toc41569171)

[Fiche administrative 4](#_Toc41569173)

[Fiche situation et projet 5](#_Toc41569174)

[Vos consommations et conduits addictives 7](#_Toc41569178)

[Conduites addictives sans produit 8](#_Toc41569180)

[Prise en charge thérapeutique 8](#_Toc41569181)

[Santé et bien-être 9](#_Toc41569183)

[Fiche médicale 10](#_Toc41569184)

[Antécédents familiaux 10](#_Toc41569185)

[Antécédents personnels 10](#_Toc41569186)

[Antécédents psychiatriques 11](#_Toc41569188)

[Traitement actuel incluant la substitution 12](#_Toc41569190)

# Faisons connaissance...

## QU’EST-CE QUE C’EST ?

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 d’évaluation de votre situation en lien avec les différents axes du programme thérapeutique de notre structure.

N’hésitez pas à le co-remplir avec un professionnel qui vous accompagne dans votre démarche de soin.

Nous aurons une attention particulière sur la question de l’hébergement ainsi que sur les informations du champ médical complétées par votre médecin.

### Où renvoyer le dossier ?

Vous pouvez retourner ce dossier :

* Par Mai[l : educateur.ctr@oppelia.fr](mailto:educateur.ctr@oppelia.fr)
* Par Courrier :

CSAPA Trait d’Union

4, rue Neuve St Germain

92100 Boulogne

### 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 :

Sexe : Masculin ❒ Féminin ❒

Date de naissance : ou âge :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

N° Téléphone :

Mail :

Nationalité : Française ❒ Etrangère CEE ❒ Etrangère hors CEE ❒

Situation matrimoniale :

Logement actuel :

Solution d’hébergement prévue à l’issue du séjour :

Statut :

Couverture sociale : oui ❒ non ❒

# Fiche situation et projet (1/5)

Coordonnées de la structure qui vous accompagne :

Date de début d’accompagnement par cette structure :

Professionnels impliqués dans l’accompagnement :

* Médecin ❒ Nom :
* Psychiatre ❒ Nom :
* Infirmier/ère ❒ Nom :
* Psychologue ❒ Nom :
* Educateur/trice ❒ Nom :
* Spécialisé/e ❒ Nom :
* Assistant/e Social ❒ Nom :

Référent en charge du dossier d’admission :

* Nom :
* Fonction :
* Mail :

# Fiche situation et projet (2/5)

*Il s’agit de se donner une représentation de là où vous en êtes dans les différentes phases de votre vie et de repérer vos priorités.*

### Comment situez-vous vos besoins aujourd’hui ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Au niveau** | *de mes* ***consommations*** | ***psychique*** | *de* ***mon corps (sensations, douleurs…)*** | *de mes* ***relations aux autres*** | *de* ***mon insertion sociale et professionnelle*** |
| Je suis **totalement satisfait** |  |  |  |  |  |
| Je suis **satisfait** |  |  |  |  |  |
| Je suis **moyennement satisfait** |  |  |  |  |  |
| Je suis **en difficulté** |  |  |  |  |  |
| Je suis **en grande difficulté** |  |  |  |  |  |

**Classez ces 5 domaines dans l’ordre de vos priorités** :

1 –

2 –

3 –

4 –

5 –

# Fiche situation et projet (3/5)

## Vos consommations et conduits addictives

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Age de la 1ère consom- mation** | **Age d’entrée dans la consomma- tion régu- lière** | **Mode d’usage (1)** | **Fréquence (2)** | **Type d’usage (3)** | **Durée utilisation** | **Date du dernier**  **Usage** |
| **Alcool** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Héroïne** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Morphine, opium** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dérivé de codéine** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Subutex hors prescription** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Méthadone hors prescription** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cocaïne** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Crack** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Amphétamines** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ecstasy** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Antidépresseurs** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Barbituriques** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Benzodiazépines** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Autres hypno- tiques** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Colles et solvant** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cannabis** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tabac** |  |  |  |  |  |  |  |
| **LSD, autres dysleptiques** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Autres subs- tances** |  |  |  |  |  |  |  |

Légende :

1. Mode d’usage : I = injecté ; F = fumé/inhalé ; M = mangé/Bu ; S = sniffé ; A = autre ; N = ne sait pas
2. Fréquence : 0 = pas dans le mois passé ; 1 = une fois/semaine ; 2 = plusieurs fois/semaine ;

3 = chaque jour ; 4 = ne sait pas

1. Type d’usage : 0 = abstinence, 1 = usage occasionnel ; 2 = usage à risque ; 3 = usage nocif ; 4= dépendance

# Fiche situation et projet (4/5)

## Conduits addictives sans produit

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Age du 1er usage** | **Age d’entrée dans l’usage** | **Fréquence (1)** | **Type d’usage (2)** | **Durée utilisation** | **Date du dernier**  **Usage** |
| **Jeux de hasard et d’argent** |  |  |  |  |  |  |
| **Jeux video** |  |  |  |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |  |  |  |

Légende :

1. Fréquence : 0 = pas dans le mois passé ; 1 = une fois/semaine ; 2 = plusieurs fois/semaine ;

3 = chaque jour ; 4 = ne sait pas

1. Type d’usage : 0 = abstinence, 1 = usage occasionnel ; 2 = usage à risque ; 3 = usage nocif ; 4= dépendance

## Prise en charge thérapeutique

**Avez-vous déjà bénéficié :**

* de séances de type Narcotique Anonyme ?
  + si oui, en avez-vous retenu des bénéfices ? :

Lesquels ?

* de consultations en CSAPA ?
  + si oui, en avez-vous retenu des bénéfices ? :

Lesquels ?

* de sevrage ou de séjour de soin ? (en communauté thérapeutique, appartements thérapeutiques, CTR, …)
  + si oui, en avez-vous retenu des bénéfices ? :

Lesquels ?

**Dates et lieux, préciser sevrage ou séjour de soin :**

# Fiche situation et projet (5/5)

## Santé et bien-être

**Souffrez-vous de problème(s) de santé chronique(s) :** oui ❒ non ❒

Si oui, le(s)quel(s) ? :

### Santé psychique / Comment vous sentez-vous ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Trouble** | *Etat dépressif* | *Anxiété* | *Halluci-nations (en dehors de prises de produits)* | *Sommeil* | *Concen-tration / compré-hension* | *Sur le plan émotion-nel* | *Au niveau du comporte-ment* | *Autres* |
| **Pas de trouble** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Trouble Léger** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Troubles fréquents** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Souffrance importante** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Priorité de soins** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Avez-vous :**

* Des troubles du comportement alimentaire : oui ❒ non ❒
* Des éléments de psycho-traumatisme connus : oui ❒ non ❒
* Un suivi psychothérapeutique en cours ou antérieur : oui ❒ non ❒

# Fiche médicale (1/3)

### 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 trémens : oui ❒ non ❒
* Allergies :
* Autres (traumatismes, interventions chirurgicales, maladie chronique…) :
* Handicap physique : oui ❒ non ❒

Si oui, lequel ? :

A quel âge (ou date) :

Suite d’un traumatisme ? oui ❒ non ❒ Si oui, lequel :

### Affection VIH :

* Test sérodiagnostic effectué : oui ❒ non ❒

Si oui, résultat du test :

Séropositif ❒ Séronégatif ❒ En attente de résultat ❒ Traitement envisagé ❒

### Hépatite B :

* Test sérodiagnostic effectué : oui ❒ non ❒

Si oui, résultat du test :

Séropositif ❒ Séronégatif ❒ En attente de résultat ❒

Si séropositif : Non guérie ❒ Guérie ❒

Vaccination : oui ❒ non ❒ incomplète ❒

### Hépatite C :

* Test sérodiagnostic effectué : oui ❒ non ❒
* Date du dernier test :
* Résultat du test le plus récent :

Positif ❒ Virus actif ❒ En attente de traitement ❒ Surveillance ❒ Virus non actif ❒

Négatif ❒ En attente de résultat ❒ Traitée et guérie ❒

# Fiche médicale (2/3)

### Partie à remplir avec ou par le médecin

## 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 :

# Fiche médicale (3/3)

### Partie à remplir par le médecin

## Traitement actuel incluant la substitution

Merci d’indiquer ceux prescrits en générique.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments** | **Date de début** | **Posologie** | **Voie d’administration et repartition dans la journée** | **Effets**  **bénéfiques** | **Mésusage ou**  **abus repéré** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |