

# Dossier d'admission

## CTR Clamart



**2020**

# Sommaire

---

Faisons connaissance.....	3
Fiche administrative.....	4
Fiche situation et projet .....	5
Vos consommations et conduits addictives.....	7
Conduits addictives sans produit .....	8
Prise en charge thérapeutique .....	8
Santé et bien-être.....	9
Fiche médicale .....	10
Antécédents familiaux .....	10
Antécédents personnels .....	10
Antécédents psychiatriques .....	11
Traitement actuel incluant la substitution .....	12

# 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 Mail : [educateur.ctr@oppelia.fr](mailto:educateur.ctr@oppelia.fr)
- Par Courrier :

CSAPA Trait d'Unio

154, rue du Vieux Pont de Sèvres

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 : \_\_\_\_\_

Nationalité : Française  Etrangère CEE  Etrangère hors CEE

Situation matrimoniale :

Logement actuel :

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

Profession :

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 consommation	Age d'entrée dans la consommation régulière	Type d'usage (1)	Mode d'usage (2)	Fréquence (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 hypnotiques							
Colles et solvant							
Cannabis							
Tabac							
LSD, autres dysléptiques							
Autres substances							

### Légende :

- (1) Type d'usage : 0 = usage occasionnel ; 1 = usage à risque ; 2 = usage nocif ; 3 = dépendance  
 (2) Mode d'usage : I = injecté ; F = fumé/inhalé ; M = mangé ; S = sniffé ; A = autre ; N = ne sait pas  
 (3) Fréquence : 0 = pas dans le mois passé ; 1 = une fois/semaine ; 2 = plusieurs fois/semaine ; 3 = chaque jour ; 4 = ne sait pas

# FICHE SITUATION ET PROJET (4/5)

## CONDUITS ADDICTIVES SANS PRODUIT

	Age du 1 <sup>er</sup> usage	Age d'entrée dans l'usage	Type d'usage (1)	Fréquence (2)	Durée utilisation	Date du dernier Usage
Jeux de hazard et d'argent						
Jeux video						
Autres						

Légende :

(1) Type d'usage : 0 = usage occasionnel ; 1 = usage à risque ; 2 = usage nocif ; 3 = dépendance

(2) Fréquence : 0 = pas dans le mois passé ; 1 = une fois/semaine ; 2 = plusieurs fois/semaine ; 3 = chaque jour ; 4 = ne sait pas

## 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	Hallucinations (en dehors de prises de produits)	Sommeil	Concentration / compréhension	Sur le plan émotionnel	Au niveau du comportement	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 sérodiagnostique effectué :      oui  non   
Si oui, résultat du test :  
Séropositif     Séronégatif     En attente de résultat     Traitement envisagé

#### *Hépatite B :*

- Test sérodiagnostique 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 sérodiagnostique 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 :

