



FICHE DE PREMIERS RENSEIGNEMENTS

I. DOSSIER CONFIDENTIEL USAGER

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 :

NOM DU CSAPA REFERENT:

ADRESSE DU CSAPA



Centre Thérapeutique Résidentiel « Thianty »

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 : ET

NIVEAU D'ÉTUDES :

Niveau de fin d'études:

Diplôme professionnel:

En activité:

Emploi actuel:

Depuis le :

Sans activité

Demandeur d'emploi

Arrêt maladie

Etudiant

Invalide

Retraité

Autre,

À préciser:.....

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE SUPÉRIEURE À 2 ANS : Oui Non



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?

- OUI 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			
Cocaine			
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:



ABSTINENCE ACTUELLE : Oui Non Depuis le :

SUBSTITUTION :

Non Méthadone Subutex Sulfate morphine Autre

Depuis le :

INITIALISATION TRAITEMENT SUBSTITUTION :

Médecin réseau ville-hôpital Médecin Généraliste
 Structure spécialisée Autre

III. MODULE JURIDIQUE (à remplir avec CSAPA)

Situation juridique actuelle :

Sans objet Injonction thérapeutique Obligation de soins
 Contrôle judiciaire Liberté provisoire Sursis mise à l'épreuve
 Incarcération Injonction rencontre TIG

Incarcérations antérieures :

Oui Non

Contentieux Civil :

Oui Non

Merci de joindre une lettre d'accompagnement social au dossier.

Et une lettre de motivation pour la personne souhaitant intégrer le centre (si ce n'est pas déjà fait). Les dossiers incomplets ne seront pas traités.

Une fois le dossier renvoyé, veuillez prendre contact avec Mme Guebey, Cheffe de service, pour convenir d'une date pour un entretien téléphonique ou au centre.