

Dossier d'admission CSAPA Kairos





Processus d'admission au CSAPA Kairos

MERCI DE NOUS RETOURNER CE DOSSIER PAR MAIL OU COURRIER.

ETAPE 1 REMPLISSAGE DU DOSSIER D'ADMISSION

Co-remplir le dossier d'admission (actient/professionnel référent de l'orientation).

Ce dossier conditionne l'admission et constitue un élément important pour définir le projet thérapeutique du séjour. Outre les éléments administratifs et généraux, ce dossier comprend des documents d'évaluation indispensables dans le cadre des axes que nous travaillerons durant le séjour. **Tout dossier non complété ou partiellement ne pourra permettre la poursuite de l'orientation.**

ETAPE 2 ENTRETIEN PRÉALABLE À LA DÉCISION D'ADMISSION.

Entretien téléphonique, dans les 2/3 semaines à réception du dossier, avec un membre de l'équipe de Kairos durant environ 45mn afin d'approfondir les motivations et la concordance des attentes et du projet de la personne avec le programme proposé.

Rendez-vous possible le jeudi matin et le vendredi.

ETAPE 3 DÉCISION D'ADMISSION SOUS HUITAINE avec confirmation auprès de l'actient par téléphone et auprès de l'équipe.

ETAPE 4 ENVOI DU LIVRET ACCUEIL ET APPEL HEBDOMADAIRE (jeudi matin ou vendredi après midi) pour mise en place de l'accueil et de la coordination du séjour avec l'équipe référente.



LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR :

- photocopie de l'ordonnance actuelle
- certificat d'aptitude sportive
- Attestation carte vitale



CHECK-LIST :

- Prévoir 10 jours de traitement et ordonnance correspondante
- Prévoir arrêt de travail de 15 jours minimum si nécessaire
- Pas de bon de transport possible de notre part

Espace réservée à l'administration du CTR Kairos

COORDONNÉES STRUCTURE PRESCRIPTRICE :

COORDONNÉES DE L'ACTIENT :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Adresse domicile :

Masculin

Code postal :

Féminin

Ville :

Téléphone :

Date de naissance : /...../ /...../ /...../ ou âge : ans

Mail :

Lieu de naissance :

NATIONALITÉ :

Française
Etrangère CEE
Etrangère hors CEE

LOGEMENT :

Durable indépendant
Durable chez proches
Chez qui ? :

Durable en institution
Précaire en institution
Précaire chez proches
Etabl. Pénitentiaire
SDF
Autre précaire

NIVEAU D'ÉTUDES :

Primaire pas terminé
Primaire
Niveau BEPC
Niveau BEP/CAP
Niveau BAC
Niveau Bac+2
Niveau supérieur à Bac+2

PROFESSION :

.....

SITUATION MATRIMONIALE :

Célibataire
Union libre
Marié
Séparé
Divorcé
PACS
Veuf
Autre

LOGEMENT ENVISAGÉ APRÈS LE SÉJOUR :

.....

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE
CONTINUE SUPÉRIEURE À 2 ans

Oui
Non

RESSOURCES :

Salaires
A.A.H.
ASSEDIC
A la charge d'un tiers
RSA
Autres

ENFANTS :

Oui
Non

Si oui, nombre :

Nés en :

Enfants à charge : Oui Non

Si oui, nombre :

SITUATION PROFESSIONNELLE

(6 DERNIERS MOIS) :

Activité rémunérée continue
Activité rémunérée intermittente
Chômage
Etudiant, élève, stagiaire non
rémunéré
Retraité
Autre, inactif

CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :

Agriculteur
Ouvrier
Employé
Ne sait pas
Artisan, commerçant
Retraité
Cadre, profession libérale
Sans profession

COUVERTURE SOCIALE

Régime Général (S.S.)
A.M.E.
S.S. + Mutuelle
S.S Tiers
S.S. à 100%
Assurance perso.
C.M.U.

Le programme thérapeutique est conçu comme **une étape** dans un accompagnement à long terme. Il nécessite alors de créer plus qu'un **partenariat**, une véritable **co-action** avec les centres « prescripteurs », aussi bien dans la réalisation du séjour que dans la place qu'il occupe dans le **projet de soins** de chaque personne.

Projet individuel mis en place ou travaillé actuellement avec l'actif

Projet prévu après le séjour à KAIROS

--	--

Quels sont les professionnels impliqués dans l'accompagnement ?

Nom	Profession	Contact

Date de la première démarche de soins :

SUIVIS EXTÉRIEURS AU CENTRE DE RÉFÉRENCE :

Médecin traitant Spécialistes
Auto-support Judiciaire

Objet :

Procédure en cours

DISPOSITIFS THÉRAPEUTIQUES DÉJÀ EFFECTUÉS :

Sevrage(s)	Dates :	Lieux :
Communauté thérapeutique	Dates :	Lieux :
Appartements thérapeutiques	Dates :	Lieux :
Centre thérapeutique résidentiel	Dates :	Lieux :

Si arrêt des séjours, veuillez en indiquer les motifs :

Il s'agit de se donner une représentation des difficultés rencontrées mais aussi des axes prioritaires dans le projet envisagé par la personne (ce qui est travaillé actuellement et souhaite être repris, ou initié durant le séjour). L'échelle des priorités comprend la notion de motivation au changement et les désirs de la personne.

ÉCHELLE DE DIFFICULTÉS

Légende :

- 0-1 Sphère satisfaisante
- 2-3 Légère insatisfaction
- 4-5 Insatisfaction moyenne
- 6-7 Difficulté considérable
- 8-10 Insatisfaction majeure

10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
Sphère	Consommations	Somatiques	Relationnelles	Sociales <i>(insertion sociale et professionnelle)</i>	Psychiques

ÉCHELLE DES PRIORITÉS

Légende :

- 0-1 Pas une réelle priorité
- 2-3 Importance légère
- 4-5 Peut être consolidé
- 6-7 Objectif important
- 8-10 Priorité

10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
Sphère	Consommations	Somatiques	Relationnelles	Sociales <i>(insertion sociale et professionnelle)</i>	Psychiques

Objet de consommation	Age de la 1ère conso.	Age de conso. régulière	Type d'usage			Mode de consommation				Conso. régulière (Passée ou actuelle)		Date d'arrêt	Dans les 30 derniers jours		
			Simple	Nocif	Dépendance	Avalé	Sniffé	Fumé/inhalé	Injecté	Oui	Non		Occasionnel	Plusieurs fois/semaine	Quotidien
Héroïne															
Morphine, opium															
Dérivé de codéine															
TSO hors prescription Précisez :															
Jeux de hasard et d'argent Précisez :															
Cocaïne															
Crack															
Amphétamines															
Ecstasy															
Traitements psychotropes détournés Précisez :															
Benzodiazépines															
Cyberdépendance Précisez :															
Troubles alimentaires Précisez:															
Colles et solvant															
Cannabis															
LSD, autres dysléptiques															
Alcool															
Tabac															
Autre Précisez :															

RAPPORT À LA SANTÉ ET AU BIEN ÊTRE PHYSIQUE ACTUEL :*Légende :*

- 0-1 Sphère Satisfaisante
- 2-3 Légère insatisfaction
- 4-5 Insatisfaction moyenne
- 6-7 Difficulté considérable
- 8-10 Insatisfaction majeure

	Cotation	Commentaires / Observations
Etat physique global (fatigue, douleurs, santé...)		
Rapport au corps		
Alimentation		
Sommeil		
Sexualité		
Activité physique ou psychocorporelle		
Autres (à préciser) :		

FRAGILITÉS PSYCHOLOGIQUES ressenties actuellement :*Légende :*

- 0-1 Sphère Satisfaisante
- 2-3 Légère insatisfaction
- 4-5 Insatisfaction moyenne
- 6-7 Difficulté considérable
- 8-10 Insatisfaction majeure

	Cotation	Commentaires / Observations
Etat psychique global		
Rapport aux émotions		
Dépression, anxiété		
Concentration / Mémoire		
Eléments psycho-traumatiques connus		
Activité artistiques / créatives		
Autres (à préciser)		

RAPPORT AUX AUTRES, QUALITÉ DES RELATIONS SOCIALES ACTUELLES :*Légende :*

- 0-1 Sphère Satisfaisante
- 2-3 Légère insatisfaction
- 4-5 Insatisfaction moyenne
- 6-7 Difficulté considérable
- 8-10 Insatisfaction majeure

	Cotation	Commentaires / Observations
Ressentis dans la relation à l'autre / Satisfaction du réseau social		
Relations familiales (parents)		
Relations familiales (enfants)		
Relations avec la fratrie		
Relations amicales		
Relations professionnelles		
Relations institutionnelles		
Autres (à préciser)		

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN / CONFIDENTIEL**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX****ANTÉCÉDENTS PERSONNELS SOMATIQUES**

Cardio-vasculaires :

Appareil respiratoire :

Sphère digestive :

Neurologie :

Crise convulsive de sevrage : Oui Non

Délirium trémens : Oui Non

Allergies :

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

Handicap physique : Oui Non

Si oui, lequel :

Si à la suite d'un traumatisme, lequel :

Âge (ou date) :

AFFECTION VIH

Test sérodiagnostique effectué : Oui Non

Si oui, date du dernier test :

Ce test est :

séropositif
séronégatif
en attente de résultat
traitement envisagé**HÉPATITE B**

Test sérodiagnostique effectué : Oui Non

Si oui, date du dernier test :

Ce test est :

séropositif
séronégatif
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 :

séropositif
séronégatif
Si séropositif :
Non guérie
Guérie
ChroniqueGénotype :
En attente de traitement
Traitée actuellement**ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES**

TS : Oui Non Si oui, âge ou dates :

Moyen :

Hospitalisation en psychiatrie : Oui Non

Si oui âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

HDT : Oui Non

Si oui âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

HO : Oui Non

Si oui âge ou dates : Motifs :

Durée : Lieu :

Traits de personnalité ou comportement(s) remarquables qui pourraient constituer une difficulté pendant le séjour :

EVOLUTION DES CONDUITES ADDICTIVES (DEPUIS LE DÉBUT DE L'ACCOMPAGNEMENT) :

(ex : mise sous TSO, accompagnements au sevrage, meilleure gestion de la conduite, rechutes....)

Traitement actuel incluant la SUBSTITUTION (merci d'indiquer ceux prescrits en générique)

Médicaments	Date de début	Posologie	Voie d'administration et répartition dans la journée	Effets bénéfiques	Mésusage ? Abus repéré ?



111 Rue du Général Leclerc
78570 Andrésy
Tél. : 01 39 27 90 71
kairos@oppelia.fr – www.oppelia.fr