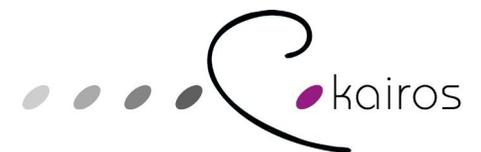


Dossier d'admission CSAPA Kairos





Processus d'admission au CSAPA Kairos

MERCI DE NOUS RETOURNER CE DOSSIER PAR MAIL À admissionkairos@oppelia.fr OU PAR COURRIER ET DE NOUS APPELER UNE SEMAINE APRÈS ENVOI POUR CONVENIR D'UN RENDEZ-VOUS TÉLÉPHONIQUE.

Étape 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.**

Étape 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.

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

Étape 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 :** _____ **Genre :** Masculin Féminin Autre : _____
Adresse domicile : _____ **Pronom(s) :** IL Elle Iel Autre : _____
Code postal : _____ **Date de naissance :** /...../ /...../ /...../ ou âge : ans
Ville : _____ **Lieu de naissance :** _____
Téléphone : _____
Mail : _____

NATIONALITÉ :

- Française
- Etrangère CEE
- Etrangère hors CEE

SITUATION MATRIMONIALE :

- Célibataire
- Union libre
- Marié
- Séparé
- Divorcé
- PACS
- Veuf
- Autre

ENFANTS :

- Oui
- Non

Si oui, nombre :

Nés en :

Enfants à charge : Oui Non

Si oui, nombre :

Logement :

- Durable indépendant
- Durable chez proches
- Chez qui ? :
- Durable en institution
- Précaire en institution
- Précaire chez proches
- Etabl. Pénitentiaire
- SDF
- Autre précaire

Logement envisagé après le séjour :

.....

SITUATION PROFESSIONNELLE

(6 DERNIERS MOIS) :

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

Niveau d'études :

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

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE CONTINUE SUPÉRIEURE à 2 ans

- Oui
- Non

CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :

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

PROFESSION :

.....

RESSOURCES :

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

COUVERTURE SOCIALE

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

Personne de confiance (nom et TÉLÉPHONE) :

.....

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'actient	Projet prévu après le séjour à KAIROS

Quels sont les professionnels impliqués dans l'accompagnement ?

Nom	Profession	Téléphone et mail (en majuscules)

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 - Réponses obligatoires
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 - Réponses obligatoires
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 - Réponses obligatoires
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**RÉGIME ALIMENTAIRE (ALLERGIES, VÉGÉTARIEN...) :****ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX****ANTÉCÉDENTS PERSONNELS SOMATIQUES**

Cardio-vasculaires :

Appareil respiratoire :

Sphère digestive :

Neurologie :

Crise convulsive de sevrage : Oui Non

Déliirium 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

Chronique

Génotype :

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
admissionkairos@oppelia.fr – www.oppelia.fr