



COMITÉ D'ÉTUDE
ET D'INFORMATION
SUR LA DROGUE
ET LES ADDICTIONS

Plate-Forme d'Hébergement Thérapeutique
24 rue du Parlement Saint-Pierre
33000 BORDEAUX

Tél. : 05 56 44 84 86 – Fax : 05 56 44 78 21

mail : ceid@ceid-addiction.com

www.ceid-addiction.com

FICHE D'ADMISSION

Date de demande : / /

Date d'évaluation : / /

Date d'admission : / /

« Anonymat demandé »

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOM :

PRENOMS :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Pays :

Nationalité :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Numéros de téléphone :

Adresse électronique :

Personne à prévenir en cas de besoin :

Téléphone :

Lien de parenté :

SITUATION MATRIMONIALE et FAMILIALE

Célibataire

Union Libre

Marié

Veuf

Séparé

Pacsé

Divorcé

Enfants : Non Oui (précisez combien) :

A charge : Non Oui (précisez combien) :

SITUATION SCOLAIRE et PROFESSIONNELLE

Niveau de fin d'études :

Diplôme professionnel :

En activité :

Emploi actuel :

Depuis le :

Emplois antérieurs occupés :

Sans activité :

Demandeur d'emploi

Etudiant

Inactif - retraité

Invalide

Arrêt maladie

RESSOURCES

Salaire

Revenus d'activité

Allocation de la CAF

ASSEDIC

RSA / API

AAH

Indemnités journalières

Pension d'invalidité

Aucun

A la charge d'un tiers (précisez) :

Tutelle

Curatelle

Nom du travailleur social :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

COUVERTURE SOCIALE

Régime général - Sécurité Sociale

Effective

Demande en cours

Numéro de sécurité sociale (obligatoire) :

Centre d'affiliation :

Mutuelle

A.M.E

ALD

CMU

CMU Complémentaire

Indemnités Journalières

Aucune

LOGEMENT

Durable Précaire

Logement personnel

Colocation

Hébergé chez des amis / proches

SDF

En famille

En institution (*précisez*) :

SITUATION JUSTICE

- Injonction thérapeutique
- Mise à l'épreuve
- Aménagement de peine
- Peines en attente, précisez :
- Contrôle judiciaire
- Jugement en attente
- Placement extérieur (*précisez les dates*) :
- Obligations de soins

Coordonnées du conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation :

REFERENT SOCIAL

Indiquer les coordonnées du service qui soutient la demande

Nom du travailleur social :

Structure :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

ORIGINE DE L'ORIENTATION

- Médecin Généraliste
- CSAPA
- Equipe hospitalière
- Autre (*précisez*) :



COMITÉ D'ÉTUDE
ET D'INFORMATION
SUR LA DROGUE
ET LES ADDICTIONS

Plate-Forme d'Hébergement Thérapeutique
24 rue du Parlement Saint-Pierre
33000 BORDEAUX

Tél. : 05 56 44 84 86 – Fax : 05 56 44 78 21

mail : ceid@ceid-addiction.com

www.ceid-addiction.com

DOSSIER MEDICAL (*CONFIDENTIEL*)

A compléter par le médecin

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Coordonnées du médecin adressant le patient :

NOM :

PRENOM :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Adresse email :

Si différent, coordonnées du médecin traitant :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Adresse email :

1. ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

- **Personnels :**

- Familiaux :

--

- Allergies :

--

2. VACCINATIONS

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des dernières vaccinations			

3. SEROLOGIES

	HIV	HVB	HVC
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

4. VOLET PSYCHIATRIQUE

- Historique psychiatrique personnel :

--

- Pathologie psychiatrique (hors addiction) stabilisée avec traitement ? Non Oui

Si oui, depuis quand ?

- Suivi psychiatrique en cours : Non Oui

- => Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Adresse email :

- Traitement psychiatrique en cours : Non Oui

- => Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin prescripteur si différent du médecin chargé du suivi psychiatrique :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Adresse email :

- Antécédents psychiatriques familiaux :

5. HOSPITALISATIONS

	Dates	Nombres	Lieux	Commentaires
<input type="checkbox"/> TS				
<input type="checkbox"/> Hospitalisation en psychiatrie <input type="radio"/> Sevrage <input type="radio"/> Maladie Psy				
<input type="checkbox"/> SPDT Soins psychiatriques à la demande d'un tiers				
<input type="checkbox"/> SPDRE Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat				

6. TRAITEMENTS EN COURS (dont la substitution)

Médicaments	Indications	Date de commencement du traitement	Posologie

ADDICTIONS

Produits	Diagnostic addictologique (dépendance, usage nocif, usage à risque,...)	Type de consommation (injection, sniff, fumé,...)	Age de début de la consommation problématique	Consommation active / date de rémission si arrêt	Commentaires

Historique des consommations

--

Prises en charge addictologique passées et en cours :

Dates	En ambulatoire	En résidentiel

Quels sont les objectifs de soin recherchés par le demandeur ?

--

Date, signature et cachet du médecin :

FICHE ETAT PSYCHOLOGIQUE

NOM :

PRENOM :

Repérage des éventuelles fragilités psychiques actuelles (cochez et précisez) :

	Dépression	
	Anxiété - Stress	
	Emotionnelles	
	Troubles cognitifs	
	Relations sociales et familiales	
	Eléments psycho traumatiques identifiés	
	Eléments délirants	

- Suivi psychologique passé et en cours :

Nom du soignant :

Fonction :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

Date et signature :