



## FICHE D'ADMISSION

Date de demande :   /   /      Date d'évaluation :   /   /      Date d'admission :   /   /

« Anonymat demandé »

### INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOM :    PRÉNOMS :

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

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Séparé  |
| <input type="checkbox"/> Union Libre | <input type="checkbox"/> Pacsé   |
| <input type="checkbox"/> Marié       | <input type="checkbox"/> Divorcé |
| <input type="checkbox"/> Veuf        |                                  |

Enfants :    Non    Oui (précisez combien) :

À 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

À 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 :

---

## RÉFÉRENT 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
- Équipe hospitalière
- Autre (*précisez*) :



## DOSSIER MÉDICAL (*CONFIDENTIEL*)

*À compléter par le médecin*

NOM : PRÉNOM(S) :

Date de naissance :

---

### *COORDONNÉES DU MÉDECIN ADRESSANT LE PATIENT*

NOM : PRÉNOM :

Structure :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Adresse email :

---

### *SI DIFFÉRENT, COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT*

NOM : PRÉNOM :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Adresse email :

---

#### **1. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :**

**- Personnels :**

- Familiaux :

--

- Allergies :

--

## 2. VACCINATIONS

	DTP C	BCG	Hépatite B	COVID 19
Dates des dernières vaccinations	- Familiaux :			

## 3. COVID-19

- A présenté des symptômes évocateurs du COVID :  Non  Oui

Si oui, à partir du     /     /

- Prise en charge et évolution :

- Date de fin des symptômes cliniques     /     /

- PCR :  Non  Oui

Si oui, réalisée le     /     /

- Sérologie :  Non  Oui

Si oui, réalisée le     /     /

IgM :  Positive  Négative

IgG :  Positive  Négative

Joindre impérativement copie des résultats.

#### 4. SÉROLOGIES

	VIH	VHB	VHC
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

#### 5. 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 :**

## 6. 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				

## 7. 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 :

PRÉNOM(S) :

*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 :**