

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



Centre Thérapeutique Résidentiel « La Préface »

Association Pour L'Ecoute et l'accueil en Addictologie et Toxicomanies

10 bis, boulevard Rocheplatte 45 000 Orléans

Tél. 02 38 84 69 00

Site : www.apleat.com

Mail : accueil.lapreface@apleat.com

Les professionnels suivants peuvent être contactés

Directrice des Etablissements Pascale NEVEU Tél. : 06.75.08.40.37 Mail : pascale.neveu@apleat.com

Coordonnateur du Service Othman LAGHMIRI Tél. : 06.15.77.34.48 Mail : othman.laghmiri@apleat.com

Médecin Dr. Patrick FOUCHER Mail : infirmierie.lapreface@apleat.com

Documents en votre possession

- L'absence de ces documents ne sera pas un motif de refus**
- Attestation des droits de sécurité sociale actualisée ou des droits CMU
- Copie de la carte Mutuelle ou attestation CMU-C
- Si 100% : protocole de soins
- Copie de la pièce d'identité
- Si dossier enfant :
 - Carnet de santé
 - Si séparation ou divorce, la copie du droit de garde et d'hébergement de chacun des parents
 - Livret de famille
- Pour vous connaître, ainsi que vos attentes quant au séjour au CTR, nous vous demandons un courrier présentant votre situation actuelle et votre parcours, en fonction de ce que vous souhaitez nous communiquer par écrit. Vous pouvez également y préciser vos besoins, attentes, objectifs ou projets.

Les différents éléments demandés dans le cadre de ce dossier d'admission ont pour but de nous permettre d'évaluer si les modalités d'accompagnement du CTR sont adaptées et sont à même de répondre le mieux possible à votre situation.

Documents de prise en charge à consulter avant entretien

Règlement de fonctionnement

Livret d'accueil

Origine de l'orientation

Médecin généraliste Equipe hospitalière CSAPA Autre (précisez) :

Indiquez les coordonnées du service qui soutient la demande :

Nom du professionnel : Fonction :

Structure / Etablissement :

Adresse complète :

Téléphone : Email :

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom : Prénom(s) : Date de naissance :

Lieu de naissance – Département - Pays : Nationalité :

Lieu de résidence - Adresse actuelle :

Téléphone : Mail :

Personne de confiance-Personne à contacter en cas de besoin :

Nom : Téléphone :

Adresse :

Lien (parenté, autre) :

Couverture sociale

Régime Général - Sécurité Sociale : Oui Non En cours

Complémentaire : Oui Non En cours

Aucune couverture sociale

Ressources

Percevez-vous des ressources ?

Si oui, précisez la nature des ressources :

Mesure de protection aux majeurs :

Non Oui : Tutelle Curatelle MASP Autre :

Logement

Logement personnel Colocation Hébergée chez des amis / proches

Sans domicile fixe En famille En institution / Etablissement (précisez) : Autre (précisez) :

Situation matrimoniale et familiale

Célibataire Séparée Divorcée Veuve

Union libre Pacsée Mariée

Enfants(s) : Non Oui (précisez combien) :

Enfant(s) à charge : Non Oui (précisez combien) :

Si vous souhaitez être accueillie avec votre/vos enfant(s) de moins de 3 ans au CTR Femmes, pouvez-vous renseigner les éléments suivants :

Leur prénom			
Date de naissance/Age			
Lieu de résidence actuel : - Avec vous - Leur père - En institution - Autre :			

Votre/vos enfant(s) est/sont-il(s) suivi par un pédiatre, un médecin traitant ? Oui Non Si oui :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Ont-ils des allergies, des restrictions alimentaires (précisez) ?

Si traitement(s) médical(aux) actuel(s) (précisez) :

Préciser s'il y a des éléments particuliers concernant la santé de l'enfant :

-

Les enfants ont-ils des contacts avec leur père ? Oui Non Si oui, a-t'il :

Autorité parentale ? Oui Non

Droit de garde ? Oui Non

Droit de visite ? Oui Non

Y a-t'il une ou des mesure(s) en cours ? Non Oui Si oui :

AEMO administrative depuis le...

AEMO judiciaire depuis le...

Autre(s) depuis le...

PERINATALITE ET PARENTALITE

Etes-vous actuellement enceinte ? Non Oui Si oui :

Connaissez-vous votre date de début de grossesse ? Date :

Connaissez-vous votre date présumée d'accouchement ? Date :

ADDICTIONS

Votre demande est en lien avec :

- L'alcool
- Drogues, si oui lesquelles :
- Médicaments

Prises en charge addictologiques

Passées Dates :	Ambulatoire :	Résidentiel :
En cours Depuis le :	Ambulatoire :	Résidentiel :

PSYCHOLOGIQUE

Suivi psychologique

Passé :

En cours :

Nom du soignant :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

