

DOSSIER MEDICAL PREPARATOIRE A L'ADMISSION

Dossier à retourner complet à : **A l'attention du service médical du CSAPA Blannaves**

Adresse postale : 551, route de la royale 30100 Alès

Ou par Mail : soignantsblannaves@apsa30.fr

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA PAS ETRE ETUDIE

Pièces à joindre impérativement à votre dossier

- Une photocopie de la dernière ordonnance
- Une photocopie des comptes rendus médicaux

- RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Dossier rempli pour :

Nom Prénom :

Date de naissance :

- Coordonnées du médecin adressant le patient :

Nom Prénom :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

Adresse email :

- Si différent, coordonnées du médecin traitant :

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse email :



1- ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Personnels :

- Familiaux :

- Allergies :

2- VACCINATIONS

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des dernières vaccinations			



3- SEROLOGIES

	DTP C	BCG	Hépatite B
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

4- EXAMENS CLINIQUE ACTUELS

Taille : Poids : Pouls : Tension artérielle :

Examen cardiologique récent : Oui Non Date :

Examen digestif récent : Oui Non Date :

Examen neurologique récent : Oui Non Date :

Autres :

Aptitude aux activités physiques et sportives : Oui Non

Si non, pourquoi ?

Mobilité réduite : Oui Non

Si oui, précisez (déambulateur, cannes, fauteuil roulant...) :

Troubles alimentaires (anorexie, boulimie...) : Oui Non



5- VOLET PSYCHIATRIQUE

- Historique psychiatrique personnel :

- Pathologie psychiatrique (hors addiction) stabilisée avec traitement ?

Oui Non *Si oui, depuis quand ?*



- Suivi psychiatrique en cours :

Oui Non si oui la quelle ?

Indiquez ci-dessous les coordonnées du médecin :

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

- Traitement psychiatrique en cours : Oui Non

- Antécédents psychiatriques familiaux :

6- HOSPITALISATIONS

	Dates	Nombres	Lieux	Commentaires
<input type="checkbox"/> TS				
<input type="checkbox"/> Hospitalisation en psychiatrie				
<input type="checkbox"/> Soins psychiatriques à la demande d'un tiers				
<input type="checkbox"/> Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état				



7- TRAITEMENTS EN COURS (dont la substitution)

Médicaments	Indications	Date de commencement du traitement	Posologie



8- ADDICTIONS

Produits :

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	Quantité



- Prise en charge addictologiques passées et en cours :

- Date de la première démarche de soins :



CSAPA Blannaves EKKO
551, route de la Royale
30100 Alès
SIRET : 311 667 323 00084

04 66 34 13 81
csapablannaves@ekko-asso.fr
www.ekko-asso.fr

Sevrages :

Dates	Lieux	Observations (si arrêt des séjours, motifs)



CSAPA Blannaves EKKO
551, route de la Royale
30100 Alès
SIRET : 311 667 323 00084

04 66 34 13 81
csapablannaves@ekko-asso.fr
www.ekko-asso.fr

SSRA ou Postcures :

Dates	Lieux	Observations (si arrêt des séjours, motifs)



Signature (cachet obligatoire du médecin prescripteur) :



DOSSIER SOCIAL PREPARATOIRE A L'ADMISSION

Dossier à retourner complet à :

A l'attention du service des admissions du CSAPA Blannaves

Adresse postale : 551, route de la royale 30100 Alès **OU** par Mail : csapablannaves@ekko-asso.fr

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA PAS ETRE ETUDIE

Pièces à joindre impérativement à votre dossier

- L'attestation des droits de sécurité sociale actualisée
- La carte mutuelle ou l'attestation de droits CMU
- Copie Pièce d'identité
- Une note sociale
- Dossier médical (à faire compléter par un médecin)

Le dossier doit impérativement être rempli **par un professionnel** du service orienteur.

Pouvez-vous préciser si cette demande doit être étudiée comme une prise en charge :

Collectif

Appartement

Accueil familial

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Coordonnées du service orienteur

Nom de la structure :

Nom et prénom du professionnel :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Dossier rempli le :

Signature + tampon :

CSAPA Blannaves EKKO
551, route de la Royale
30100 Alès
SIRET : 311 667 323 00084

04 66 34 13 81
csapablannaves@ekko-asso.fr
www.ekko-asso.fr



LETTRE DE MOTIVATION

(Parcours de vie, de soin / votre projet de soin)



FICHE ADMINISTRATIVE

Fiche d'identité

Nom Prénom(s) :

Sexe : Féminin Masculin Ne souhaite pas préciser

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

N° de téléphone :

Mail :

Logement

Adresse du domicile actuel :

Indépendant Si oui : Propriétaire Locataire

Familial Précaire Social Sans logement fixe

Adresse du logement envisagé après le séjour, en cas de rupture de séjour ou en cas de fermeture du collectif :

Si concerné, inscription SIAO et Numéro Unique Départemental de demande de logement social :

Situation familiale

Marié(e) Concubinage Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Enfants : Oui Non Enfants à charge : Oui Non

Si oui, nombre et âge(s) et qui s'en occupera durant le séjour :

Renseignements juridiques et administratives concernant les enfants :

Mesure AEMO :

Placement :

Autre, précisez :

Personne de confiance

Nom et prénom :

Coordonnées :



Ressources

Ressources	Salaire	France Travail	AAH	RSA	Indemnités journalières	Prestations familiales	Pension d'invalidité	A la charge d'un tiers	Retraite	Pas de revenu	Autres (à préciser)
Montant											

Avez-vous un dossier de surendettement en cours ? Oui Non



Couverture sociale

Assuré social : Oui Non

N° de sécurité sociale :

Mutuelle : Oui Non

Protection juridique

Tutelle Curatelle Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)

Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) Non concerné

Situation juridique

Affaires en cours :

Peines à effectuer :

Non concerné

Niveau scolaire et situation professionnelle

Niveau de fin d'études/Diplôme professionnel :

Quelle est votre situation actuelle ?

En activité :

Emploi actuel :

Depuis le :

Emplois antérieurs occupés :

Sans activité :

Demandeur d'emploi

Etudiant

Inactif - retraité

Invalide

CSAPA Blannaves EKKO
551, route de la Royale
30100 Alès
SIRET : 311 667 323 00084

04 66 34 13 81
csapablannaves@ekko-asso.fr
www.ekko-asso.fr

PARCOURS DE SOIN

Quels sont les objectifs principaux qu'il vous semble devoir être poursuivis au CSAPA Blannaves dans le cadre de l'accompagnement pluridisciplinaire de cette personne ?

Projet prévu après le séjour :

6