

**Demande d'admission au CTR le Thianty**

Vous souhaitez faire une demande au CTR le Thianty, merci de remplir le dossier d'admission (partie sociale et médicale).

Les pièces à fournir :

- **Une note sociale des référents .**
- **L'ordonnance actuelle de vos traitements.**
- **Un certificat médical de non contre indication à la pratique de la randonnée et du badminton.**

**Le dossier ne peut être étudié que lorsqu'il est complet.**

**Le dossier peut -être envoyé par mail à l'adresse : [ctrthianty@oppelia.fr](mailto:ctrthianty@oppelia.fr) ou [gguebey@oppelia.fr](mailto:gguebey@oppelia.fr)**

Démarches à faire après envoi du dossier :

Pour amorcer l'étude du dossier et lancer la procédure d'admission, merci de prendre contact avec le CTR par téléphone au **07.87.00.46.14 le mardi et le jeudi matin entre 9h et 12h** (après envoi du dossier et lorsqu'il est complet).

Un entretien téléphonique vous sera proposé pour échanger avec vous sur votre demande et vous présenter le CTR.

Procédure d'admission :

Le médecin du CTR se mettra en lien avec le médecin orienteur ou votre médecin traitant.

Le CTR se met en lien avec les référents sociaux (si vous en avez)

Votre dossier passe ensuite en commission d'admission. Vous serez ensuite informé de la validation ou non de votre admission et un courrier vous sera envoyé avec votre date d'admission et l'heure à laquelle vous êtes attendus.

Toutes les étapes citées ci-dessus doivent être réalisées afin d'intégrer le CTR.

**FICHE DE PREMIERS RENSEIGNEMENTS**

**I. DOSSIER CONFIDENTIEL DE LA PERSONNE**

Date : .....

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**SEXE :**

Masculin

Féminin

**DATE DE NAISSANCE :** ..... ou âge : ..... Ans

**ADRESSE DOMICILE :**

**CODE POSTAL :**

**VILLE :**

**N° TÉL. :**

**LIEU DE NAISSANCE :**

**DÉPARTEMENT :**

**PAYS :**

**NATIONALITÉ :** (entourez les réponses adaptées)

Française

Étrangère CEE

Étrangère hors CEE

**SITUATION MATRIMONIALE:**

Célibataire  
Veuf(ve)

Union libre  
Autre

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé (e)

Pacsé (e)

**ENFANTS :**

Oui

Non

Si oui, nombre : .....

Nés en : .....

**CSAPA REFERENT**

**NOM DU CSAPA REFERENT:** .....

**ADRESSE DU CSAPA :**.....

**TELEPHONE DU CSAPA:** .....

**EMAIL CSAPA:**.....

**FAX CSAPA :**.....

**NOM DU TRAVAILLEUR SOCIAL REFERENT:** .....

**NOM et TEL du MEDECIN REFERENT:** .....

**ORIGINE DE LA DEMANDE** : (cochez la ou les réponse/s vous concernant)

- Patient lui-même       Famille / Amis       CSAPA       Médecin Généraliste  
 Hôpital       Service social       Obligation de soins ou mesures judiciaires       Autre

**LOGEMENT:**

- Durable indépendant       Précaire chez proches       centre pénitentiaire  
 Durable chez proches       Précaire en institution       SDF  
 Durable en institution

**SITUATION PROFESSIONNELLE NIVEAU D'ÉTUDES :**

**En activité:**

Emploi actuel:

Depuis le :

**Sans activité**

Demandeur d'emploi

Arrêt maladie

Etudiant

Invalide

Retraité

Autre,

À préciser:.....

**CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur                | <input type="checkbox"/> Ouvrier (e)     |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant        | <input type="checkbox"/> Retraité (e)    |
| <input type="checkbox"/> Cadre, profession libérale | <input type="checkbox"/> Sans profession |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire   | <input type="checkbox"/> Ne sait pas     |
| <input type="checkbox"/> Employé (e)                |  |

**RESSOURCES :**

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Salaires | <input type="checkbox"/> A.A.H.                 |
| <input type="checkbox"/> ASSEDIC  | <input type="checkbox"/> À la charge d'un tiers |
| <input type="checkbox"/> RSA      | <input type="checkbox"/> Autres                 |

**COUVERTURE SOCIALE :**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Régime Général (S.S.) | <input type="checkbox"/> A.M.E       |
| <input type="checkbox"/> S.S. + Mutuelle       | <input type="checkbox"/> S.S. Tiers  |
| <input type="checkbox"/> S.S. à 100 %          | <input type="checkbox"/> Aucune      |
| <input type="checkbox"/> Assurance perso.      | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> C.M.U.                |                                      |

**Etes- vous en possession de votre carte VITAL?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

Si NON : avez-vous fait les démarches nécessaires pour l'obtenir à nouveau ?

**II. COMPORTEMENT ADDICTIF à (cocher le ou les comportements motivant votre accompagnement)**

PRODUIT ou Comportement	CHOIX 1	CHOIX 2	CHOIX 3
Héroïne			
Morphine, opium			
Dérivés de codéine			
Subutex hors prescription			
Méthadone hors prescription			
Cocaïne			
Crack			
Amphetamines			
Ecstasy			
Antidépresseurs			
Barbituriques			
Benzodiazépines			
Autres hypnotiques			
Colles et solvant			
Cannabis			
LSD, autres dysléptiques			
Alcool			
Autres substances			
Tabac			
Polytoxicomanie			
Addiction sans substance (jeux, alimentation, sexualité...)			

Injection intraveineuse :       Oui, au cours du mois passé  
     Oui antérieurement  
     Jamais

**FRÉQUENCE DE CONSOMMATION DE CE PRODUIT**

Pas dans le mois passé (occasionnel.)       Une fois par semaine  
 2 à 6 fois par semaine       Chaque jour       Ne sait pas

**SITUATION PRODUIT PRINCIPAL**

Dépendance  
 Sevrage déjà effectué:      date :.....

**ABSTINENCE ACTUELLE :**                      Oui          Non          Depuis le :.....

**SUBSTITUTION :**

Non               Méthadone               Subutex               Sulfate morphine               Autre

Depuis le : .....

**INITIALISATION TRAITEMENT SUBSTITUTION :**

Médecin réseau ville-hôpital     Médecin Généraliste  
 Structure spécialisée     Autre

**III. MODULE JURIDIQUE (à remplir avec CSAPA)**

**Situation juridique actuelle :**

Sans objet                       Injonction thérapeutique                       Obligation de soins  
 Contrôle judiciaire               Liberté provisoire                       Sursis mise à l'épreuve  
 Incarcération                       Injonction rencontre                       TIG

**Incarcérations antérieures :**

Oui     Non

**Contentieux Civil :**

Oui     Non

**Merci de joindre une lettre d'accompagnement social au dossier.**

**Et une lettre de motivation pour la personne souhaitant intégrer le centre (si ce n'est pas déjà fait). Les dossiers incomplets ne seront pas traités.**

**Une fois le dossier renvoyé, veuillez prendre contact avec Mme Guebey, Cheffe de service au 07.87.00.46.14 pour convenir d'une date pour un entretien téléphonique ou au centre.**

**FICHE de RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

**Nom et téléphone du médecin qui remplit la fiche :**

**NOM de l'utilisateur :**.....

**PRENOM de l'utilisateur :**.....

**AFFECTION VIH :**

Test sérodiagnostique effectué :      Oui                  Non

Date du test le plus récent : .....

Ce test est :      séropositif      séronégatif                  en attente résultat

**HÉPATITE B :**

Test sérodiagnostique effectué :      Oui                  Non

Si oui, date du dernier test : .....

                 positif                  négatif                  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 :                  positif                  négatif                  en attente de résultat

                 Traitée                  Non traitée

**TENTATIVE DE SUICIDE :**

Avant le comportement addictif:      Oui                  Non                  Depuis l'addiction:      Oui                  Non

**PSYCHIATRIE :**

Hospitalisation antérieure :  Oui  Non

Préciser:.....

Suivi par un psychiatre :  Oui  Non

Coordonnées :.....

Diagnostic Psychiatrique :  Oui  Non

lequel :.....

**Troubles en cours de traitement :**

Troubles du sommeil :  Oui  Non

Troubles de l'humeur :

- Troubles dépressif :  Oui  Non
- Troubles anxieux :  Oui  Non
- Irritabilité/ agitation :  Oui  Non
- Trouble de la personnalité :  Oui  Non
- Autre :  Oui  Non
- 

Préciser :.....

Préciser :.....

Préciser :.....

Préciser :.....

Préciser :.....

**TRAITEMENTS EN COURS :**

Médicaments	Début prescription	Posologie	Voie d'adm.	Effets recherchés

**Merci de Joindre au dossier:**

- 1 photocopie de l'ordonnance actuelle

- 1 certificat médical de non contre-indication à la pratique de la marche en montagne, du badminton et de la natation. Le médecin du centre est amené à vous contacter pour valider le dossier médical



