

FICHE D'ADMISSION

Date de la demande :

Date d'évaluation :

Date d'admission :

« Anonymat demandé » ☐

DOCUMENTS A FOURNIR

- ☐ Copie de l'attestation de droits Sécurité Sociale
- ☐ Copie de la carte d'identité
- ☐ Courrier médical avec antécédents médicaux et existence de troubles cognitifs à adresser au Dr MAURS-FERRER
- ☐ Copie de l'ordonnance avec le traitement en cours

- ☐ Copie de la carte de mutuelle
- ☐ Certificat médical d'aptitude aux spots
- ☐ Attestation de l'hébergeur s'engageant à accueillir le résident à la sortie de la structure (si la personne ne possède aucun logement)

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : Prénoms : Sexe : ☐ F ☐ M
Date de naissance : Département : Pays :
Nationalité :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone (fixe) : Téléphone (portable) : Mail :

PERSONNE À PRÉVENIR

Nom : Prénom : Lien de parenté :
Téléphone : Mail :

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom : Prénom : Lien de parenté :
Téléphone : Mail :

COUVERTURE SOCIALE

Régime Général - Sécurité Sociale :

- ☐ Effective ☐ Demande en cours

Numéro de sécurité sociale :

Centre d'affiliation :

☐ Mutuelle date de fin :

- ☐ A.M.E
☐ ALD
☐ CSS
☐ CSS Complémentaire
☐ Indemnité journalières
☐ Aucune

SITUATION MATRIMONIALE ET FAMILIALE

- ☐ Célibataire
☐ Union Libre
☐ Marié(e)
☐ Veuf

- ☐ Séparé
☐ Pacsé
☐ Divorcé

Enfants : ☐ Non ☐ Oui (précisez combien) :

A charge : ☐ Non ☐ Oui (précisez combien) :

Jugement : ☐ Non ☐ Oui

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
☐ Inactif - retraité
☐ Invalide
☐ Arrêt maladie

RESSOURCES

- ☐ Salaire
☐ Revenus d'activité
☐ Allocation de la CAF N° :
CHOMAGE /
☐ RSA / API

- ☐ AAH
☐ Indemnités journalières
☐ Pension d'Invalidité
☐ Aucune

A la charge d'un tiers (*précisez*) : ☐ Curatelle ☐ Tutelle

Nom du mandataire :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

LOGEMENT

- ☐ Durable ☐ Précaire
- ☐ Logement personnel
- ☐ Colocation
- ☐ Hébergé chez des amis / proches
- ☐ SDF
- ☐ En famille
- ☐ En institution (*précisez*) :

SITUATION JUSTICE

- ☐ Injection Thérapeutique
- ☐ Mise à l'épreuve
- ☐ Aménagement de peine
- ☐ Peines en attente (*précisez*) :
- ☐ Contrôle judiciaire
- ☐ Jugement en attente
- ☐ Placement extérieur
- ☐ Obligation 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 :

Mail :

ORIGINE DE L'ORIENTATION

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



Centre Thérapeutique résidentiel

L'OLIVERAIE

Lieu dit : « les Bassettes » 66350 TOULOUGES

Mail : oliveraie.admissions@ch-thuir.fr

Tel : 04 30 53 12 98 - Fax : 04 68 37 70 29

DOSSIER MEDICAL (confidentiel) à compléter par le médecin

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées du Médecin adressant le patient

Nom :

Prénom :

Structure :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

Mail :

Si différent, coordonnées du Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Structure :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

Mail :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

- PERSONNELS :

- FAMILIAUX :

- ALLERGIES :

VACCINATION

	DTP C	BCG	Hépatite B	COVID 19
Dates des dernières vaccinations				

- Sérologie : ☐ Non ☐ Oui Si oui, précisez la date :

IgM : ☐ Positive ☐ Négative

IgG : ☐ Positive ☐ Négative

Joindre impérativement la copie des résultats

SEROLOGIES

	VIH	VHB	VHC
Dates des derniers tests			
Résultats			
Commentaires			

VOLET PSYCHIATRIQUE

- Historique psychiatrique personnel :

- Pathologie psychiatrique (hors addiction) stabilisée avec traitement ? ☐ Non ☐ Oui
- Suivi psychiatrique en cours : ☐ Non ☐ Oui

Indiquer ci-dessous les coordonnées du médecin :

Nom : Prénom :
Structure :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Fax : Mail :

- Traitement psychiatrique en cours : ☐ Non ☐ Oui

Indiquer ci-dessous les coordonnées du médecin prescripteur si différent du médecin chargé du suivi psychiatrique :

Nom : Prénom :
Structure :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Fax : Mail :

- Antécédents psychiatriques familiaux :

- Troubles neurodéveloppementaux : ☐ Non ☐ Oui Si oui, date des bilans réalisés :
- Troubles cognitifs : ☐ Non ☐ Oui Si oui, date des bilans réalisés :
- Traumatismes graves : ☐ Non ☐ Oui

HOSPITALISATIONS

	Dates	Nombres	Lieux	Commentaires
☐ TS				
☐ Hospitalisation en psychiatrie • Sevrage • Maladie Psy				
☐ SPDT Soins psychiatriques à la demande d'un tiers				
☐ SPDRE Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat				

ADDICTIONS

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

- Historique des consommations

--

- Prises en charge d'addictologie 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 du patient :

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 :