



# **Dossier d'admission : La Préface**

Le dossier contient les parties suivantes :

- Dossier de demande d'admission
- Médicale
- Psychologique

# 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](http://www.apleat.com)

Mail : [accueil.lapreface@apleat.com](mailto: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](mailto:pascale.neveu@apleat.com)

Coordonnateur du Service    Othman LAGHMIRI    Tél. : 06.15.77.34.48    Mail : [othman.laghmiri@apleat.com](mailto:othman.laghmiri@apleat.com)

Médecin    Dr. Patrick FOUCHER    Mail : [infirmierie.lapreface@apleat.com](mailto: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 :



**DOSSIER MEDICAL**

**Confidentiel – A compléter par le médecin**

Volet médical à adresser au Dr. Patrick FOUCHER

CTR « La Préface » – 10 bis, boulevard Rocheplatte – 45 000 Orléans

Tél. 02 38 -- -- -- – Fax. 02 38 -- -- --

Nom : Prénom : Date de naissance :

**Coordonnées du Médecin adressant la patiente :**

Nom : Prénom :

Structure / Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Fax : Mail :

**Si différentes, coordonnées du Médecin traitant :** Déclaré :  Oui  Non

Nom : Prénom :

Structure / Etablissement :

Adresse :

Téléphone : Fax : Adresse Mail :

**Antécédents médicaux et chirurgicaux**

Personnels :

Familiaux :



### Antécédents psychiatriques

Personnels :
Familiaux :

### Traitement(s) en cours (hors substitution aux opiacés)

Aucun

Nom Médicament	Indication Prescripteur, lieu	Date de début Fréquence délivrance, lieu	Dosage Posologie	Mésusage

### Traitement de substitution aux opiacés

Aucun

Nom Médicament	Forme Prescripteur, lieu	Date de début Fréquence délivrance, lieu	Posologie dosage	Mésusage

Date, signature et cachet du médecin :