

Dossier de demande d'admission

CSAPA CAST Pôle hébergement

Centre Thérapeutique Résidentiel

Appartement Thérapeutique Relais

27 rue Grandval 51 100 Reims

[**contact@cast.asso.fr**](mailto:contact@cast.asso.fr)

[**www.cast.asso.fr**](http://www.cast.asso.fr)

DOSSIER ADMINISTRATIF/DOSSIER MEDICAL

A remplir par vous-même ou une personne vous accompagnant dans vos démarches

 **Date de la demande :**

 **Votre état civil et vos coordonnées :**

NOM : _____ NOM de jeune fille : _____

PRENOM : _____ SEXE : M F

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____

 **Le souhait de votre demande de prise en charge avec hébergement :**

- Centre Thérapeutique Résidentiel
- Appartement Thérapeutique
- Appartement Thérapeutique Parental

 **Date d'arrivée souhaitée :** _____

 **Si vous êtes actuellement accompagnés en structure d'hébergement, la date de la fin de votre séjour :** _____

 **Personne soutenant votre démarche de soins à prévenir (famille/ami...) :**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

 **Informations complémentaires :**

Pièce d'identité : oui non Date de fin de validité : _____

Couverture sociale : oui non Caisse : _____

Date de validité : _____

Complémentaire : oui non Gestionnaire : _____

Date de validité : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Avez-vous des ressources ? oui non, si oui origine : _____

Etes-vous affilié à la CAF ou la MSA ? oui non

N°Allocataire : _____

Caisse : _____

 **Logement :**

Avez-vous votre propre logement ? oui non

Si non, avez-vous un moyen d'hébergement autre ?

Quelles démarches ont été engagées pour un logement et/ou un hébergement à la sortie : _____

Avez-vous des liens avec le territoire Marnais ? oui

non, si oui lesquels ? _____

Si pas de domicile fixe ou personnel, quelles démarches ont été engagées pour un

logement et/ou un hébergement à la sortie : _____

 **Où est effectué votre suivi social :**

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Mail : _____

 **Protection juridique :**

- Capable majeur
- Tutelle*
- Curatelle*
- Curatelle renforcée*

* Nom du mandataire judiciaire : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Mail : _____

 **Situation familiale :**

- Marié
- Célibataire
- Pacs
- Concubinage
- Veuf (ve)
- Divorcé

Nombre d'enfants : _____ Autres personnes à charge : _____

Climat des relations familiales : _____

 **Avez-vous un soutien dans votre entourage (famille, ami, ...) ? :**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

 **Formation :**

Niveau d'étude :

- Aucun
- Niveau brevet des collèges
- Niveau CAP / BEP
- Niveau BAC
- Niveau BAC + 2
- Au-delà

 **Emploi :**

Emploi actuel :

Date du dernier emploi :

 **Ressources actuelles :**

- Aucune
- Salaire
- Allocation chômage
- RSA
- Indemnités journalières
- Invalidité
- Retraite
- AAH
- Autre : _____
-

Situation financière :

Dettes : oui non

Dossier de surendettement : oui non

Justice :

Antécédents judiciaires : oui non

Suivi CPIP en cours : oui non

Nom du conseiller en probation et insertion : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Structure vous accompagnant dans votre demande d'intégration de notre structure :

Nom, qualité : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Liste des intervenants médico-sociaux ou structures vous accompagnant dans les soins :

Nom, qualité : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Nom, qualité : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Nom, qualité : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Date et signature du demandeur :

DOSSIER MEDICAL

A faire remplir par le médecin vous accompagnant dans votre démarche de soins en addictologie

Cachet du médecin obligatoire

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin du CSAPA CAST de Reims

 **Etat civil du patient :**

NOM : _____ PRENOM : _____ SEXE : M F

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

 **Personne de confiance :**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

 **Histoire de la maladie et produits consommés :**

 **Parcours de soins (suivi ambulatoire, hospitalisation de sevrage, SMRA, CTR, ...) :**

Au regard de votre parcours de soins, il serait possible que nous préconisions un séjour en SMRA/SSRA, avant votre entrée au CTR.

Motivation actuelle du patient dans les soins addictologiques :

Faible Moyenne Forte

Antécédents : **Poids :** **Taille :**

➤ Psychiatriques :

➤ Médicaux :

➤ Chirurgicaux :

➤ Allergie / Intolérance / Contre-indication médicamenteuse :

Etat vaccinal à jour :

oui non

Statuts sérologiques :

➤ VIH : oui non

➤ Hépatite B : oui non

➤ Hépatite C : oui non

➤ Autre : _____

 **Substitution** : oui non Type : _____

Date d'introduction : _____ Dosage quotidien : _____ Autre(s) Pathologie(s)*

**Joindre à ce questionnaire, s'ils existent et avec l'accord du patient, les résultats d'analyses et d'examens faits au cours des derniers mois.*

• Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique : oui non, si oui lesquels : _____

• Autres (diabète, épilepsie, cancer, maladie alcoolique du foie, BPCO...) oui non

Si oui, préciser lesquelles : _____

• Autres éléments concernant l'état de santé actuel du patient : _____

Traitements en cours (joindre la copie de la dernière ordonnance*) :

** Pour la substitution, seule la dernière prescription médicale émise par le médecin prescripteur du TSO avant l'accueil au CSAPA CAST sera prise en compte.*

 **Commentaires** : (observance du traitement, état général...)

 **Médecins susceptibles d'intervenir au cours du séjour noms et coordonnées :**

Médecin traitant : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Le cas échéant, médecin psychiatre : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Le cas échéant autre(s) médecin(s) : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Le cas échéant autre(s) médecin(s) : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Liste des intervenants paramédicaux ou structures sanitaire ou médico-sociales connaissant le patient :

Nom, qualité : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Nom, qualité : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Nom, qualité : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Date, signature et cachet du médecin

 **Liste des pièces à joindre à votre demande si elles existent**

- Courrier motivant (manuscrit) votre projet de prise en charge au CSAPA CAST avec hébergement
- Pièce d'identité
- Attestation de droit à la sécurité sociale et copie de la carte vitale
- Attestation de complémentaire santé
- Justificatif des ressources
- Bilans de prise en charge médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs
- Copie de la dernière ordonnance (*à joindre sous pli confidentiel avec le volet médical*)
- Compte rendu d'hospitalisation (*à joindre sous pli confidentiel avec le volet médical*)
- Autres bilans médicaux (*à joindre sous pli confidentiel avec le volet médical*)
- Autorisation de réalisation d'un bilan sérologique dans le cadre d'un accident avec une exposition au sang
- Autorisation de droit à l'image et de reproduction
- Document réception du règlement de fonctionnement
- Document CNIL à remplir

AUTORISATION DE REALISATION D'UN BILAN SEROLOGIQUE DANS LE CADRE D'UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

Je soussigné(e) :

Nom et prénom du patient :

Nom et prénom de la famille ou tuteur légal (si le patient est dans l'incapacité de s'exprimer) :
.....

Autorise le CSAPA CAST de Reims à effectuer un prélèvement sanguin pour bilan sérologique
au cas où un accident d'exposition au sang surviendrait au cours du séjour.

Fait à Le

Signature

AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRÉSENTATION DE PHOTOGRAPHIES (personne photographiée)

Je soussigné(e)

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Donne à L'Association CSAPA CAST, l'autorisation de me photographier et à utiliser mon image, la reproduire ou la représenter, pour les usages suivants :

- Exposition photographique :
- Présentation sur le Site Internet
- Journal du CAST
- Presse
- Autres cas (à préciser)

Je garantis que je ne suis pas lié(e) par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

L'association CAST interrogera auprès de l'utilisateur l'autorisation de reproduction chaque année, à la date anniversaire.

Toutefois, l'utilisateur pourra à tout moment revenir sur son autorisation.

Fait à le en deux exemplaires et de bonne foi

Signature

**RECEPTION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT
DU CENTRE THERAPEUTIQUE
RESIDENTIEL/APPARTMENT THERAPEUTIQUE**

Je soussigné Mme/M , atteste avoir reçu le
règlement de fonctionnement du CTR ou Appartement Thérapeutique, le

A Reims

Le

Signature de la personne accueillie

Madame, Monsieur,

Des informations nominatives vous concernant vont être consignées de façon informatique. Ce dossier est indispensable à la qualité de votre accueil, des soins proposés et à leur suivi.

Il n'existe pas de transmission de données nominatives, quelles qu'elles soient, à l'extérieur de l'association, sauf des données médicales pouvant être transmises entre médecins.

■ Protection des données :

Ces informations sont protégées grâce aux garanties légales suivantes :

- Par le secret professionnel conformément à l'article 226-13 du code pénal et par la loi informatique et libertés du 06/01/1978. Le logiciel informatique de recueil d'informations du CSAPA CAST a été agréé par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). D'autre part, seul le personnel habilité a accès au recueil informatique.
- Il n'est fait aucune exploitation nominative des données saisies. Le logiciel est sécurisé et crypté, il est exploité exclusivement sur le mode collectif anonyme à des fins d'évaluation et de statistique.
- Ce traitement automatisé n'est mis en relation ou en interconnexion avec d'autres recueils de données.

■ Droit d'accès :

Votre droit d'accès est organisé de la façon suivante :

- Vous pouvez demander votre dossier par courrier, auprès du directeur de l'association. Il vous sera remis sous huitaine sous forme papier et en mains propres, contre une décharge. Des rectifications peuvent être demandées auprès du directeur de l'association. Elles seront opérées sous huitaine et vous en serez avisé.

En vous remerciant de votre attention

Le Directeur

■ Déclaration et autorisation

Je soussigné (e) Nom..... Prénom.....déclare avoir pris connaissance de la présente note d'information.

La CNIL recommande que votre autorisation écrite vous soit demandée concernant la collecte des renseignements suivants : votre nationalité, lieu et date de naissance.

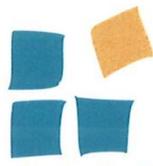
J'autorise le CSAPA CAST

Je n'autorise pas le CSAPA CAST à recueillir ces données

J'autorise le partage d'informations entre les établissements permettant la continuité et la cohérence de mon accompagnement, selon les règles de la loi du 26 janvier 2016.

Le.....

Signature



C A S T

Association Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes

R E I M S