



APSA 30 - CSAPA Résidentiel Blannaves  
551, route de la Royale - 30100 Alès  
Tél : 04.66.34.13. 81 - Fax : 04.66.30.62.36  
csapablannaves@apsa30.fr

## 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

Fax : 04 66 30 62 36

Mail : [soignantsblannaves@apsa30.fr](mailto:soignantsblannaves@apsa30.fr)

### 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 :

Sevrages :

Dates	Lieux	Observations (si arrêt des séjours, motifs)

SSRA ou Postcures :

Dates	Lieux	Observations (si arrêt des séjours, motifs)

Signature (cachet obligatoire du médecin prescripteur) :

**Pièces à joindre impérativement à votre dossier :**

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



APSA 30 - CSAPA Résidentiel Blannaves  
551, route de la Royale - 30100 Alès  
Tél : 04.66.34.13. 81 - Fax : 04.66.30.62.36  
csapablannaves@apsa30.fr

## 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

Fax : 04 66 30 62 36

Mail : [csapablannaves@apsa30.fr](mailto:csapablannaves@apsa30.fr)

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

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

Collectif

Appartement

Accueil Familial

### RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Coordonnées du service orienteur (postales, tel, mail) :

Nom et fonction du professionnel :

Dossier rempli le :

Signature :

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA PAS ETRE ETUDIE

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

Avez-vous un dossier de surendettement en cours ?

### 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

## 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 :**

**Pièces à joindre impérativement à votre dossier :**

- L'attestation des droits de sécurité sociale actualisée
- La carte mutuelle ou l'attestation de droits CSS
- Copie Pièce d'identité
- Une note sociale
- Dossier médical (à faire compléter par un médecin et à retourner sous pli fermé à l'intention du service médical de l'établissement