



DOSSIER DE PRE ADMISSION A L'OASIS



Unité de soins pour toxicomanes

Tél. : 03.27.56.76.16

Fax : 03.27.56.76.15

IT-OAS11-2

M F

Nom :

NJF :

Prénom(s):

Date de naissance :

Date :

Entretien réalisé par :

Patient adressé par :

Admission prévue le :

Nationalité

Adresse

..... SDF

Ville..... Code Postal

.....

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire

Concubinage

Divorcé

Marié

Séparé

P.A.C.S.

Veuf

Enfants

LIEU DE VIE

.....
.....

MEDECINS TRAITANTS

D Tél / Fax

Adresse

Code Postal Ville

PERSONNES A PREVENIR

Lien de parenté

Nom Prénom

Adresse

Ville Code Postal.....

SUIVI EXTERIEUR ACTUEL

.....
.....
.....
.....

SITUATION SOCIALE

Assuré social oui non
CMU oui non en demande Jusque

Caisse d'affiliation

Numéro de sécurité sociale

Aide sociale oui non

Affection longue durée 30 oui non jusque

MUTUELLE jusque

Nom

Adresse

Ville Code Postal

SUIVI SOCIAL EXTERIEUR

Nom

Adresse

Ville Code Postal

SITUATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE

Niveau des études.....

Formation(s).....

Activités professionnelles déjà exercées.....

Activité professionnelle actuellement OUI NON

Si oui : Profession

Milieu protégé OUI NON

Si non : Situation actuelle

Demandeur d'emploi ayant déjà travaillé Demandeur 1^{er} emploi Sans activité

Arrêt de travail depuis le Invalidité Retraité

SITUATION FINANCIERE

Salaire oui non RSA oui non Invalidité oui non

AAH oui non Assedics oui non Autre

APL oui non

PROTECTION CIVILE

Sauvegarde oui non Curatelle oui non Tutelle oui non

TUTEUR OU CURATEUR ORGANISME DE TUTELLE

Adresse Adresse.....

.....

Ville Code Postal..... Ville Code Postal

 

Portable..... Portable.....

Fax..... Fax

RAPPORTS AVEC LA JUSTICE

.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX Maladie – Interventions – Examens- Allergies

.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Hospitalisations :

.....
.....
.....

Suivi :

.....
.....
.....

TRAITEMENT EN COURS :

.....
.....
.....
.....
.....

Consommations actuelles de substances psychoactives :

.....
.....
.....

Demande de soins pendant cette hospitalisation (ce que le patient veut faire pendant son séjour à l'OASIS) :

.....
.....
.....
.....