



Adaje

CSAPA

Service
Appartements Thérapeutiques



DOSSIER D'ADMISSION

APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES



Date de la demande :

Origine de la demande : ☐ moi-même
☐ proche
☐ structure spécialisée :
☐ hôpital :
☐ autre :

Comment déposer votre demande :

Par mail :

contact@adaje.org

Par courrier :

Service Appartements Thérapeutiques
CSAPA ADAJE
9 rue Pauly
75014 PARIS

Merci de bien vouloir nous retourner ce dossier complet.



INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Situation familiale :

Enfants : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez combien :

Couverture sociale (assurance, mutuelle...) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez quel type :

Protection juridique : ☐ tutelle ☐ curatelle ☐ MASP ☐ MAJ ☐ autre :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Avez-vous actuellement une activité professionnelle ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez laquelle :

Date de début d'activité :

Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, précisez votre situation :

RESSOURCES

Percevez-vous des revenus ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquels :

Montant perçu :

Avez-vous des dettes ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

LOGEMENT

Avez-vous fait une demande SIAO ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous fait une demande de logement social ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la date :



Avez-vous déposé un dossier DALO ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la date :

Situation actuelle : ☐ propriétaire ☐ locataire ☐ hébergé ☐ autre :

HISTOIRE DES CONSOMMATIONS

Produit	Age de la 1 ^e consommation	Avez-vous consommé ce produit dans les 30 derniers jours ?	Selon vous, est-ce que votre consommation de ce produit est problématique ?
Tabac		☐ Oui ☐ Non	
Alcool		☐ Oui ☐ Non	
Cannabis		☐ Oui ☐ Non	
Cocaïne/Crack		☐ Oui ☐ Non	
Opioïdes hors substitution (héroïne...)		☐ Oui ☐ Non	
Traitements de substitution détournés (méthadone, Subutex...) > prescriptions dépassées ou sans ordonnance		☐ Oui ☐ Non	
Médicaments détournés > prescriptions dépassées ou sans ordonnance		☐ Oui ☐ Non	
Amphétamines (speed, MDMA, ecstasy...)		☐ Oui ☐ Non	
Produits consommés en contexte sexuel - Chemsex (cathinones-3MMC, GHB/GBL, kétamine...)		☐ Oui ☐ Non	

Pour lesquels de ces produits souhaitez-vous une prise en charge au CSAPA ?

SUIVI

Etes-vous actuellement suivi dans un autre CSAPA ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lequel :



VOS OBJECTIFS ET VOS ATTENTES

Décrivez vos objectifs et vos attentes vis-à-vis des appartements thérapeutiques (vos projets personnels et professionnels, si vous avez déjà eu une expérience de vie seul.e, en quoi ce dispositif pourrait vous aider, etc.) :

PROCEDURE D'ADMISSION

Une fois le dossier complété et déposé, votre demande est étudiée par notre équipe. Si nous pensons pouvoir vous accompagner, nous vous proposons **2 ou 3 entretiens** avec des travailleurs sociaux, la psychologue et le médecin si besoin.

Pour les personnes habitant sur Paris et IDF, nous vous proposons habituellement ces rendez-vous **sur 1 ou 2 jours** selon les disponibilités. Si vous habitez loin de Paris, nous pouvons organiser ces entretiens sur une même journée pour réduire les déplacements. Exceptionnellement, ces entretiens peuvent être réalisés en visio.

A l'issue de ces entretiens, notre équipe pluridisciplinaire se réunit le mardi matin afin de prendre une décision. La réponse vous est ensuite transmise **par téléphone ou par mail**.



Partie réservée au travailleur social

COORDONNEES

Nom :

Fonction :

Structure :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Expérience en logement autonome, savoir habiter, etc.

Situation familiale, liens sociaux/culturels/associatifs, rythme de vie, etc.

Autres observations



Partie médicale sous pli confidentiel

Pour préserver le secret médical, merci de transmettre cette partie du dossier ainsi que les documents médicaux sous pli confidentiel au Dr Maria Château à l'adresse mchateau@adaie.org.

SUIVI MEDICAL

Etes-vous actuellement suivi.e par :

☐ médecin traitant ☐ médecin psychiatre ☐ médecin addictologue ☐ aucun suivi

Etes-vous d'accord pour que le CSAPA Adaje contacte votre médecin ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de renseigner ses coordonnées ci-dessous.

COORDONNEES DU MEDECIN

Nom :

Structure (le cas échéant) :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

PARCOURS DE SOIN EN ADDICTOLOGIE ET PSYCHIATRIE

Historique des prises en charge en addictologie et psychiatrie :

Date	Etablissement	Raison de la prise en charge