

- Pension psychosociale
- Soutien communautaire d'intensité variable - Equipe mobile
- Accueil de jour - Centre d'activité orienté sur le rétablissement

Identité

Nom	Prénom
Sexe	Date d'admission souhaitée
Date de naissance	Lieu de naissance
Etat civil	Profession
Origine	Nationalité
Domicile légal	
No AVS	
Assurance maladie	No d'assuré

Droits sociaux

<p>Êtes-vous au bénéfice de l'AI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, déposée le</p> <p>si non, demande en cours <input type="checkbox"/> oui</p> <p>si non, date du refus</p>	<p>Êtes-vous au bénéfice des PC <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si non, demande en cours déposée le <input type="checkbox"/> oui</p> <p>si non, raison <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> excédent, montant</p> <p style="text-align: right;">CHF <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
<p>Êtes-vous au bénéfice d'une allocation pour impotence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, déposée le</p> <p>si non, demande en cours <input type="checkbox"/> oui</p> <p>si non, date du refus</p>	<p>Êtes-vous au bénéfice d'une rente LAPRAMS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Êtes-vous au bénéfice du RI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, CSR de</p>	

Logement

Où vivez-vous actuellement ?

à domicile (préciser l'adresse)

Le bail est-il à votre nom oui non

dans un autre foyer (préciser lequel)

à l'hôpital (préciser lequel)

je n'ai pas de domicile fixe

je cherche un appartement

oui

Êtes-vous en possession de la carte verte non

demande en cours

autre

oui - Si oui, préciser laquelle et joindre une copie de la police

Assurance RC

non

Gestion administrative et financière

Curateur

Curateur SCTP (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)
(joindre une copie de l'acte de nomination)

Type de curatelle

d'accompagnement

représentation et gestion

de portée générale

Curateur privé (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)
(joindre une copie de l'acte de nomination)

Mesures civiles

Mesures ambulatoires

Placement à fin d'assistance - PAFA ([joindre ordonnance](#))

Mesures pénales

Type de mesure, merci de préciser

Famille, entourage

Avez-vous une personne de référence (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)

Représentant thérapeutique

Personne vivant avec (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)

Représentant thérapeutique

Réseau professionnel

Avez-vous / avez-vous eu un médecin généraliste (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)?

Avez-vous / avez-vous eu un médecin psychiatre (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)?

Avez-vous / avez-vous eu un autre(s) professionnel(s) de référence (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)?

Case manager liaison- hébergement

Polyclinique ambulatoire de Chauderon - consultation K.Jaspers

Polyclinique ambulatoire de Chauderon - consultation E. Minkowski

Unité de psychiatrie mobile - suivi intensif dans le milieu

Service de médecine des addictions

autre

Avez-vous / avez-vous eu une assistante sociale (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)?

Avez-vous une autre personne qui vous accompagne dans la gestion de votre vie au quotidien ?
(nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)

Commentaires

Personne utilisatrice Personne en charge de la curatelle Personne responsable administrative

Racontez-nous brièvement votre histoire de vie

Selon vous, quelle est votre problématique ?

Quel est votre projet de rétablissement ?

Quelles sont vos ressource(s) personnelle(s) ou facteurs(s) de protection ?

Quels sont vos facteur(s) de risque (potentiel(s) ou avéré(s) ?

Rédigé par:

Date:

Signature:

Gestion et prise de votre traitement

Adhésion au traitement

Nécessite la mise en place d'une mesure de surveillance (argumenter)

Gère seul(e) son ttt pour la journée

Gère seul(e) son ttt pour la semaine

Suit un ttt de méthadone, si oui, distribué par:

Service de médecine des addictions (préciser les coordonnées des référents sous réseau professionnel)

Pharmacie (préciser les coordonnées des référents sous réseau professionnel)

Médicament, dosage	Matin	Midi	Soir	Nuit
Réserves				

Traitement prescrit par:

Date de la dernière évaluation du traitement:

Envoi du document

Merci de signer électroniquement la **page 6** et de nous envoyer le formulaire par email à:

admissions@lacitedesinventions.ch

Vous pouvez également imprimer le document, le signer et nous l'envoyer par courrier postal à:

La Cité des Inventions

Chemin du Parc 2

1024 Ecublens

Nous vous rendons attentif au fait que le présent formulaire doit être dûment **rempli** et **signé** afin de pouvoir être validé par le Rôtillon dans les meilleurs délais.

Merci de votre collaboration!

Favorable Préavis défavorable (en expliquer brièvement les raisons)

Entretien d'admission - décision CODIR

Admission validée

Date d'entrée le:

Contrat d'hébergement envoyé le:

Admission refusée (en expliquer brièvement les raisons)

Date

Signature