

Centre de Soins de Suite
et de Réadaptation
Soins Spécialisés en Addictologie
rue Alain Colas
CS 31826
29218 BREST CEDEX 2

Tél : 02.98.02.85.08
Fax : 02.98.02.85.12
e-mail : pole.addictologie@tyyann.com

FICHE SOCIALE

NOM :

Prénom :

⇒ *SERVICE SOCIAL ayant fait avec le patient la demande de cure :*

- Intitulé du service social :
- Nom du travailleur social :
- Adresse :

- Téléphone :

(A défaut, nom de la personne ayant renseigné cette fiche et références de l'organisme)

⇒ *SITUATION FAMILIALE DU PATIENT :*

- | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié | <input type="checkbox"/> Remarié | <input type="checkbox"/> Veuf |
| <input type="checkbox"/> Divorcé
depuis le : | <input type="checkbox"/> Séparé | <input type="checkbox"/> Concubinage | <input type="checkbox"/> P.A.C.S. |

- ◇ Age et profession du conjoint :
- ◇ Age et profession des enfants :
- ◇ Climat des relations familiales :

⇒ NOM, adresse et téléphone du Tuteur ou Curateur légal (le cas échéant)

⇒ **SITUATION PROFESSIONNELLE**

⇒ Niveau d'études :

⇒ Qualification professionnelle :

⇒ Si le patient a une activité professionnelle actuellement :

- Emploi actuel :
- Adresse de l'employeur :

⇒ Si le patient n'a pas d'activité professionnelle actuellement :

Quelle est sa situation ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Au chômage | <input type="checkbox"/> Allocataire adulte handicapé |
| <input type="checkbox"/> Indemnisation ASSEDIC | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Pré retraité | <input type="checkbox"/> Invalide, catégorie : |
| <input type="checkbox"/> Accidenté du travail, taux : | |
| <input type="checkbox"/> RMI, adresse de l'instructeur du contrat RMI : | |
| <input type="checkbox"/> Autre, à préciser : | |

⇒ **LOGEMENT :**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Locataire | <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe |
| <input type="checkbox"/> Dans la famille | <input type="checkbox"/> Chez des amis | <input type="checkbox"/> En foyer |

⇒ **PROJET D'APRES POSTCURE :**

(Logement, emploi, famille, suivi, etc...)

⇒ **VOTRE EXPOSE DE LA SITUATION :**

