

Foyer de Vie « VIVRE ENSEMBLE »

6 Impasse PUJEAU RABE

31410 LAVERNOSE LAGASSE

Dossier social en vue d'admission

Complété par :..... le :.....

Qualité :.....

Adresse :.....

N° de téléphone.....

Adresse courriel :.....@.....

NOM :.....

NOM DE JEUNE FILLE.....

Prénom :.....

Date de naissance :...../...../..... Nationalité :.....

Lieu de naissance :.....

Adresse :.....

.....

Code postal :..... Ville :.....

Téléphone :.....

N° d'assuré social :.....

N° allocataire C.A.F. :.....

N° M.D.P.H. :.....

Motif de l'entrée :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Personne à prévenir (NOM, adresse, téléphone, courriel) :.....
.....
.....

Date d'entrée souhaitée :...../...../.....

Etablissements fréquentés et/ou domicile :

PERIODE	NOM DE L'ETABLISSEMENT OU DOMICILE

SITUATION FAMILIALE

Joindre une fiche familiale ou individuelle d'état civil

- Célibataire
- Marié
- Veuf
- Séparé
- Divorcé

Date de mariage :...../...../.....

Date de séparation ou de divorce :...../...../.....

Conjoint :

NOM :..... Prénom :.....

Adresse :.....
.....
.....

Code Postal :..... Ville :.....

Téléphone :...../...../...../...../..... Téléphone mobile :...../...../...../...../.....

Adresse courriel :.....@.....

Enfants :

NOM Prénom	Age	Situation	Adresse et téléphone

Parents :

	PERE	MERE
NOM Prénom		
Adresse complète		
N° téléphone fixe		
N° téléphone mobile		
Adresse courriel		
Nationalité		
Situation professionnelle		

Personnes à prévenir :

NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse et tél.

SITUATION ADMINISTRATIVE

Informations complémentaires que vous jugeriez utile :

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

Mutuelle

Intitulé de l'organisme :.....

Adresse :.....

Code Postal Ville :.....

Téléphone :...../...../...../...../...../

Références ou numéro d'adhérent :.....

Prise en charge du forfait hospitalier :

- OUI
- NON

Durée et fréquence :.....

Joindre une photocopie de la carte ou du bulletin d'adhésion

Prise en charge ALD

OUI

Date de fin :.....

NON

Mesure de protection

Le patient fait l'objet d'une mesure de protection :

- OUI
- NON
- Tutelle
- Curatelle simple renforcée

Date de la mesure :...../...../.....

Coordonnées complètes de l'organisme et/ou de la personne exerçant la mesure :

NOM DE L'ORGANISME DE TUTELLE :.....

NOM DU GERANT DE TUTELLE :.....

Adresse :.....
.....
.....
.....

Téléphone :.....

Jours et heures de permanence :.....
.....

Adresse courriel :.....@.....

Joindre une photocopie de la signification de la mesure

RESSOURCES - REVENUS

	Nom et coordonnées de l'organisme prestataire	N° de pension ou d'allocataire
Pension d'invalidité		
A.A.H.		
Allocation Compensatrice		
Alloc. Tierce Personne		

Joindre une photocopie des derniers justificatifs

M.D.P.H.

Adresse M.D.P.H. compétente :.....

Date du dernier avis favorable M.D.P.H. de placement en foyer de vie :...../...../.....

CARTE D'INVALIDITE

N°..... Taux :.....

Date de délivrance :...../...../.....

Préfecture :.....

SITUATION PROFESSIONNELLE

Etude et formation

Niveau d'études

- Primaire
- Secondaire
- Supérieur

Autres formations :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Activités professionnelles antérieures

Secteur
d'activité :.....
.....
.....
.....

Postes occupés et durée :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Observations :
.....
.....
.....
.....
.....

Services sociaux concernés

Organismes :.....

Adresse :.....
.....

Code Postal :.....

Ville :.....

Téléphone :..... /...../...../...../.....

Adresse courriel :.....@.....

Suivi assuré par :.....

Jours et heures de permanence :.....

Adresse courriel :.....@.....

Foyer de Vie « VIVRE ENSEMBLE »

6 Impasse PUJEAU RABE

31410 LAVERNOSE LAGASSE

*Dossier médical en vue d'admission
A remplir par le médecin traitant*

ETAT CIVIL DU PATIENT

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../.....

lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

N° de sécurité sociale :

Code Postal :

Ville :

Téléphone : /...../...../...../.....

NATURE DE LA MALADIE OU DE L'ACCIDENT PROVOQUANT LE HANDICAP PHYSIQUE :

- ⇒ congénital
- ⇒ héréditaire
- ⇒ autre date de début

- Accident : _____ Date : _____
- Maladie :.....
Diagnostiquée depuis le :.....
Mode évolutif : OUI NON

- Histoire de la maladie ou de l'accident :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Le patient a-t-il déjà effectué un autre séjour dans un établissement de soins ou de rééducation ? OUI NON

Si oui,
lieu :.....
.....

Services ayant reçu le patient :
.....
.....
.....
.....
.....

Dates
d'hospitalisation :.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS

Familiaux :

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

Personnels :

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

ETAT CLINIQUE ACTUEL

Etat général : Poids :..... Taille :.....

Pathologies surajoutées :

Autres préventions particulières :.....

.....

Motricité : Membres supérieurs :

.....

Membres inférieurs :

.....

Tonus :

.....

Sensibilité : Profonde Superficielle

Equilibre :

.....

Troubles de la respiration :

.....

Troubles de la déglutition :

.....

Syndrome cérébelleux :

.....

Epilepsie : Fréquence :..... Type :.....

Elocution

.....

Troubles métaboliques (diabète,...) :.....

Acuité visuelle :..... Lunettes ? OUI NON

Troubles urinaires :

Rétention

Sonde à demeure

Incontinence OUI (depuis quelle date)

NON

Etat hépato-digestif :

Transit : constipation diarrhée

Incontinence anale : permanente accidentelle

Autres :.....

Etat cutané

(escarres) :.....

Etat dentaire :.....

Appareil dentaire ? OUI NON

Vaccinations (dates) :

DTP :.....

BCG :.....

Hépatites :.....

Antigrippal :.....

Autres :.....

Nom et Prénom du praticien ayant rempli le dossier :.....

Adresse :.....
.....
.....

Téléphone :...../...../...../...../.....

Date :

Signature :

Joindre les copies des rapports de consultation ou d'hospitalisation en votre possession