

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 :.....

DATES ET CIRCONSTANCES DE DEBUT DE LA MALADIE

Dotted lines for writing.

OBSERVATIONS :

Dotted lines for writing.

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 :.....

Ergothérapie.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT MEDICAL ACTUEL DETAILLE

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

NOM, ADRESSE, NUMERO DE TELEPHONE :

Médecin traitant :.....
.....

Médecins spécialistes suivant le patient :.....
.....
.....

Autres partenaires médicaux et para médicaux (kinésithérapeute, orthophoniste,..)
.....
.....
.....
.....

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