

Foyer de Vie Abbé Marcel DEHOUX

17 rue de la Fontaine

35680 BAIS

☎ 02.99.76.32.31

📠 02.99.76.38.34

DOSSIER D'INSCRIPTION**IDENTITE**

Nom de jeune fille : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____
(département de _____)Adresse : _____
_____ Téléphone : _____**SITUATION FAMILIALE**
 Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Célibataire
Personne réalisant l'inscription (si différente du demandeur) _____

Adresse _____

Lien de parenté _____

LIEU DE RESIDENCE Dans sa famille Autre établissement

Adresse et motif du séjour :

 En placement familial

Adresse

 En hôpital**MEDECIN TRAITANT** _____

Téléphone _____

En cas d'hospitalisation, indiquer le lieu _____

RELIGION : _____

PERSONNES A PREVENIR : (adresse, lien de parenté, téléphone)1^{ère} personne : _____

2^{ème} personne : _____

ASSURANCE MALADIE :

Caisse : _____ N° S.S : _____

Mutuelle : _____ N° : _____

Responsabilité civile : _____

COURRIER à renvoyer, si oui, indiquer l'adresse._____

_____**RESSOURCES** :

Allocation adulte handicapé :

Allocation Compensatrice Tierce Personne :

Autres ressources (placement, revenu locatif etc...)

TUTELLE : OUI NON

Nom du tuteur : _____

Adresse complète : _____

_____**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER** :

- Notification COTOREP « Orientation foyer de vie ou foyer occupationnel ».
- Attestation RC (Responsabilité Civile) éventuellement
- Carte d'identité
- Jugement de tutelle ou curatelle
- Carte d'assuré social
- Carte de Mutuelle
- Extrait d'acte de naissance

FOYER DE VIE ABBE MARCEL DEHOUX

17 RUE DE LA FONTAINE

35680 BAIS

☎ 02.99.76.32.31

☎ 02.99.76.38.34

FICHE MEDICO-EDUCATIVE D'ADMISSION

(à remplir par votre médecin traitant et l'établissement d'accueil)

Présentation de la personne

NOM

PRENOM.....

NE(E) LE.....A.....

➤ Nom de l'hébergement ou du service effectuant la demande :

.....

- Adresse :

- Tel :

➤ S'agit-il du lieu actuel d'hébergement de la personne ? Oui Non

➤ Si la personne est hospitalisée ce jour, précisez :

- Depuis le : .../.../...

- Nom du service :

- Adresse :

- Tel :

- Motif :

Renseignements éducatifs :Historique familial :Historique scolarité et travail :Acquisitions : Lecture : Oui NonEcriture : Oui NonGestion de l'argent de poche : Oui NonMénage de son lieu de vie : Oui NonActivités pratiquées en ce moment :

Suivi éducatif spécifique :**Renseignements médicaux :**

- Antécédents médicaux :
- Antécédents chirurgicaux :
- Nom du médecin traitant :

Adresse : Tel :

- Traitements en cours :
.....
.....
.....
- Liste des vaccinations à jour (DTP, Pneumo 23, grippe...), précisez les dates de rappel s'il y a lieu :
.....
.....

Suivis médicaux et paramédicaux➤ Psychiatrie

Suivi : Oui Non

Précisez le nom du psychiatre référent :

Adresse :

Tel :

Fréquence des visites :

Pathologie diagnostiquée :

Date du dernier rendez-vous : .../.../...

Date de la dernière hospitalisation en lien : .../.../....

Durée et motif :

➤ Neurologie

Suivi : Oui Non

Précisez le nom du neurologue référent :

Adresse :

Tel :

Fréquence des visites :

Pathologie diagnostiquée :

Date du dernier rendez-vous : .../.../...

Date de la dernière hospitalisation en lien : .../.../....

Durée et motif :

➤ Cardiologie

Suivi : Oui Non

Précisez le nom du cardiologue référent :

Adresse :

Tel :

Fréquence des visites :

Pathologie diagnostiquée :

Date du dernier rendez-vous : .../.../...

Date de la dernière hospitalisation en lien : .../.../....

Durée et motif :

Existe t-il d'autres suivis médicaux (ophtalmologie, gynécologie, etc.) ? OUI.....NON.....

Si oui, précisez selon le même modèle (nom du référent, fréquence des visites, ...) :

.....

➤ Suivi dentaire : Oui Non

Date et nature des derniers soins :

Existe t-il d'autres suivis paramédicaux (pédicurie, kiné, ergothérapie...) ? Oui Non

Si oui, précisez la date et la nature des derniers soins :

.....

Connaissance de la personne

Poids..... Taille.....

→ **Déplacements**

Marche : Seul Avec aide Laquelle ?.....

Errance : Oui Non

Risque de fugue : Oui Non

→ **Vue**

Insuffisante Moyenne Correcte

Appareillage : Oui Non si oui, précisez :.....

→ **Audition**

Insuffisante Moyenne Correcte

Appareillage Oui Non si oui, précisez :.....

→**Alimentation**

Régime particulier : Oui Non

Si oui, précisez :

Fausses routes : Oui Non

Appareillage dentaire : Oui Non haut bas

Particularités importantes concernant l'alimentation dans la prise en charge :

.....

→**Elimination**

Continent urinaire Oui Non

Continent fécal Oui Non

Enurésie Oui Non

→**Dépendances**

Tabac Alcool Autres

(précisez) :

Suivi particulier.....

→**Comportement**

Agressivité Passivité Tendance à l'isolement

Précisions :

.....

Conclusions générales motivant la demande :

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

Nom des personnes responsables du recueil des informations :

Date :

Signatures :