



DOSSIER CONFIDENTIEL DE PREADMISSION

Merci de remplir ce document avec précision.

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Nationalité :

Adresse complète :

.....
.....

Dernier lieu de vie avant admission éventuelle au sein de notre établissement :

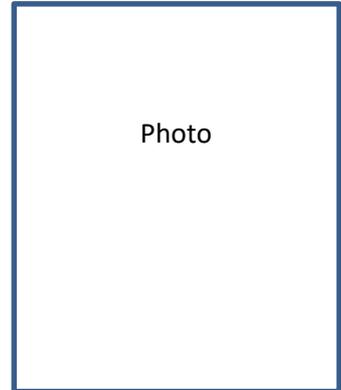
.....
.....

Composition de famille :

	Nom & Prénom	Profession	État civil	Né(e) le	Décédé(e) le
Père					
Mère					
Fratie					

Remarques

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





Nom et coordonnées exactes de l'assistant (e) social (e) de la personne :

Nom :

Adresse :

Tel : **Fax :**

Email :

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ?

Oui Non

Nom et coordonnées exactes du tuteur légal de la personne :

Nom :

Adresse :

Tel : **Fax :**

Email :

Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

Depuis le :

Remarques :

Nom et coordonnées exactes des parents :

Nom :

Adresse :

Tel : **Fax :**

Email :

Nom et coordonnées exactes des parents: (si adresse différente)

Nom :

Adresse :

Tel : **Fax :**

Email :



Autres: (frères/sœurs/proches)

Nom :

Lien de parenté / d'attachement :

Adresse :

Tel : Fax :

Email :

Nom :

Lien de parenté / d'attachement :

Adresse :

Tel : Fax :

Email :

Nom :

Lien de parenté / d'attachement :

Adresse :

Tel : Fax :

Email :

Nom :

Lien de parenté / d'attachement :

Adresse :

Tel : Fax :

Email :

Nom :

Lien de parenté / d'attachement :

Adresse :

Tel : Fax :

Email :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :



3 SOCIALISATION

a. Vie au sein de l'établissement (du foyer)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b. Vie à l'extérieur de l'établissement (du foyer)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



c. Vie affective et sexuelle

.....

.....

.....

.....

.....

d. Habitudes de vie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

e. Activités journalières (bricolage, sport, etc...)

.....

.....

.....

.....

f. Projets d'avenir de la personne

.....

.....

.....

.....



4 RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

a. La personne bénéficie-t-elle d'une orientation délivrée par la M.D.P.H ?

- Foyer de vie
- Foyer d'hébergement
- Foyer d'accueil médicalisé
- Maison d'accueil spécialisé

Valable duau..... En cours de renouvellement ?.....

Adresse de la COTOREP qui s'occupe du dossier :

.....

Nom de la personne de référence :

.....

Adresse du Conseil Général dont la personne dépend:

.....

Nom de la personne de référence :

.....

b. Numéro de sécurité sociale :

Nom et adresse complète de la CPAM :

.....

.....

Codes Amélie :

c. Assurance :

Responsabilité civile n°.....

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

.....

Tel : Email :



d. Carte d'identité ou passeport

N°

Valable jusqu'au.....

e. Carte d'invalidité :

N°

Valable jusqu'au

5. INFORMATIONS MÉDICALES

a. Coordonnées complètes du médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Tel : **Fax :**

Email :

b. Médecins spécialistes :

Noms

Adresses

Spécialité

Téléphone

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



c. Groupe sanguin et Rhésus :

d. Diagnostics précis :

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

e. Diagnostic spécialisé :

Psychiatrie :

Handicap congénital Acquis depuis le.....

f. Pathologie(s) secondaire(s) :

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

g. Caractéristiques individuelles (stéréotypie, tocs...)

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

Date de début des premiers symptômes :

Date du diagnostic :

COORDONNEES DE L'HÔPITAL D'URGENCE DONT LA PERSONNE DEPEND :

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



h. Les données personnelles :

- La naissance et première année de vie :

.....

.....

.....

.....

.....

- Interventions chirurgicales :

.....

.....

.....

- Allergies :

.....

.....

.....

- Troubles digestifs/ Maladies cardiaques/ Voies respiratoires/ maladies infectieuses :

.....

.....

.....

.....

- Autres : (diabète, etc.)

.....

.....



➤ Troubles alimentaires :

- Anorexie
- Boulimie
- Compulsion alimentaire
- Potomanie
- Coprophagie
- Obésité, surpoids

Remarque :

.....

.....

.....

➤ Incontinence :

- Diurne
- Nocturne
- Fécale
- Urinaire

Remarque :

.....

.....

.....

➤ Troubles du sommeil : Oui Non

Si oui

Précisez :

.....

.....



Résidence Nicola 1^{er} - La Maison de Camille

Rue de la Station, 42
7334 HAUTRAGE-ÉTAT
Belgique
Tel : 0032/69300285
Fax : 0032/69300284

➤ Gynécologie :

La Résidence Nicola 1^{er} – La Maison de Camille à titre préventif, recommande l'utilisation d'un contraceptif, mais ne peut la rendre obligatoire sans l'accord du Représentant ainsi que de la Résidente. Cependant, en cas de grossesse, l'établissement décline toute responsabilité.

La personne est-elle sous moyen de contraception ? Oui Non

Si oui, quel moyen utilise-t-elle ?

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

➤ Traitement :

<u>Médicaments</u>	<u>Matin</u>	<u>Midi</u>	<u>Soir</u>	<u>Coucher</u>

LES SOS (si besoin) :

.....
.....

Remarque :

.....
.....



Ce traitement a-t-il été modifié récemment ou est-il instauré de longue date (plus d'un an ou moins) ? Oui Non

Remarque :

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

➤ Consommation de :

Tabac :...../J Drogues :...../J Alcool :...../J

Actuellement ou dans le passé ?.....

➤ Etat dentaire :.....

Port d'une prothèse : Supérieure Inférieure

➤ Problème de vue : Oui Non

Port de lunette : Oui Non

➤ Problème d'audition : Oui Non

Appareillage : Oui Non

5. COMPORTEMENT ET AUTONOMIE

a. Traits de personnalité

Pouvez-vous décrire en quelques lignes les traits de personnalité du résident. Exemples : seuil de frustration, sa tolérance aux changements, etc.

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



Fait-il preuve :

- D'agressivité physique Oui Non

Représentation sur une échelle de 1 à 5 :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Auto agressivité ? Oui Non

Représentation sur une échelle de 1 à 5 :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Hetero-agressivité ? Oui Non

Représentation sur une échelle de 1 à 5 :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Verbale ? Oui Non

Représentation sur une échelle de 1 à 5 :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Sur l'environnement ? Oui Non

Représentation sur une échelle de 1 à 5 :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Automutilation ? Oui Non

Si oui de que type ?.....

.....

- Antécédents de fugue ? Oui Non

Informations complémentaires :

.....

.....

.....

.....

b. Forme de communication et langage

- Normal : Oui Non

- Simple : Oui Non

- Pauvre : Oui Non

- Inexistant : Oui Non



Langage gestuel : Oui Non

Décrivez en quelques mots :

.....
.....

c. Autonomie

Hygiène Corporelle

- Se Lave :** seul avec aide partielle avec aide totale
 au lit assis au lavabo debout au lavabo douche
- S'habille :** seul avec aide partielle avec totale

Locomotion- Mobilisation

- Marche :** seul aidé avec canne(s) avec tribune
- Se Lève :** seul aidé appareillé mise au fauteuil
 chaise roulante tribune
- Appui :** sans appui partiel non autorisé Immobilisation
 Jusqu'au.....

Remarque :

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

Alimentation :

Taille : Poids :

Régime :

Boissons :

Texture :



Résidence Nicola 1^{er} - La Maison de Camille

Rue de la Station, 42
7334 HAUTRAGE-ÉTAT
Belgique
Tel : 0032/69300285
Fax : 0032/69300284

Mange : Seul Installation Aide partielle Aide totale Sonde

Précisions :
.....
.....
.....
.....

Le résident participe-t-il aux tâches quotidiennes (débarrasser la table, fait la vaisselle, etc.)

Si oui,
précisez :
.....
.....

6. ANNEXES

Merci d'annexer à la présente :

- Copie de la carte d'identité
- Copie de l'orientation MDPH
- Copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie en cours de validité