



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 :

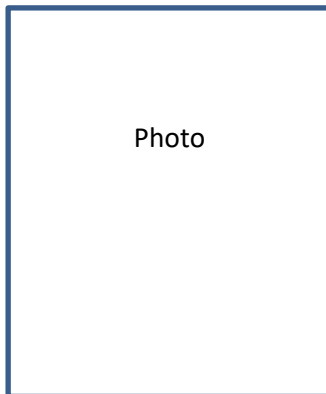
.....
.....

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 :



2 BIOGRAPHIE DE LA PERSONNE

a. Antécédents familiaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b. Antécédents scolaire (parcours) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



c. Antécédents institutionnels (parcours, placements, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d. Relation avec la famille (qualité des relations, fréquences des visites, attentes de la famille, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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. Mutualité complémentaire ou CSS :

Valable du au.....

Nom et adresse :

.....

Tel : Email :



d. Assurance RC :

Responsabilité civile n°

Valable du au

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

.....

Tel : Email :

e. Carte d'identité ou passeport

N°

Valable jusqu'au

f. Carte d'invalidité :

N°

Valable jusqu'au



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 :

- Auto agressivité ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, de quel(s) type(s) ?

.....

.....

.....

Représentation sur une échelle de 1 à 5 :

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

- Hétéro-agressivité ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, de quel(s) type(s) ?

.....

.....

.....

Représentation sur une échelle de 1 à 5 :

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

- 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

Préférence du temps de douche :

☐ matin ☐ soir ☐ matin et soir

Préférence du temps du rafraîchissement :

☐ matin ☐ soir ☐ matin et soir

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 :

Mange : ☐ Seul ☐ Installation ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Sonde

Précisions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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



6. 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 :

.....

.....



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

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

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

7. 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