



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

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

DOSSIER À RENVOYER À :

GROUPEMENT URCALI
RUE DE LA STATION 42
7334 HAUTRAGE
OU
admissions@urcali.be

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 représentant légal / administrateur de la personne :

Nom :

Adresse :

Tel : Fax :

Email :

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 :



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...)

.....

.....

.....

.....



4 RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

a. La personne bénéficie-t-elle d'un numéro de dossier AVIQ?

☐ Oui

☐ non

Numéro AVIQ :

b. La personne bénéficie-t-elle d'une convention nominative ?

☐ Oui

☐ non

Si oui :

Valable duau.....

c. Numéro NISS :

Nom et adresse complète de la mutuelle:

.....

.....

a. Assurance :

Responsabilité civile n°

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

.....

Tel :

Fax :

b. Carte d'identité ou passeport

N°

Valable jusqu'au

c. 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) :

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

Date de début des premiers symptômes :

Date du diagnostic :

g. 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

☐ Obésité, surpoids

Remarque :

.....

.....

.....

.....

.....



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

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

➤ Incontinence :

☐ Diurne

☐ Nocturne

☐ Fécale

☐ Urinaire

Remarque :

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Troubles du sommeil : ☐ Oui ☐ Non

Si oui

Précisez :

.....

.....

.....

.....

➤ 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 ?

.....

.....



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

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

➤ **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

Préférence du temps de douche :

☐ matin ☐ soir ☐ matin et soir

Préférence du temps du rafraichissement :

☐ 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 :



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
- Des vignettes de mutuelle
- La copie de l'attestation reprenant les catégories de handicap déterminées par l'AVIQ
- Copie de décision de justice de l'administrateur