

Dossier confidentiel médical et d'admission

1. Renseignements généraux

NOM :

PRENOM (S) :

Lieu et date de naissance:.....

Nationalité :

Adresse complète :

.....
.....

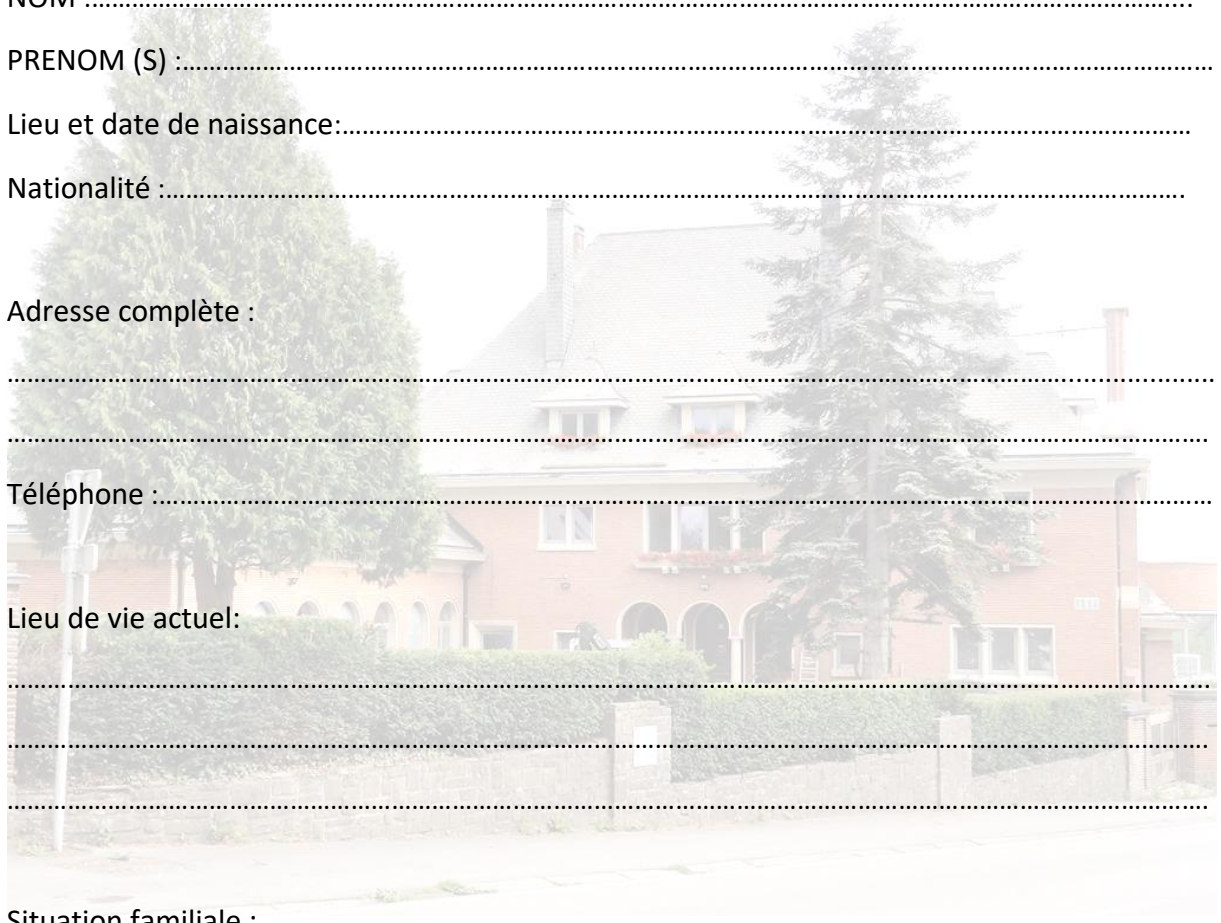
Téléphone :

Lieu de vie actuel:

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

Situation familiale :

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



2. Représentant légal :

➤ **La personne bénéficie-t-elle d'un représentant légal ?** Oui Non

➤ **Coordonnées complètes du représentant légal ?**

- Nom et prénom du représentant légal :

.....

- Adresse du représentant légal :

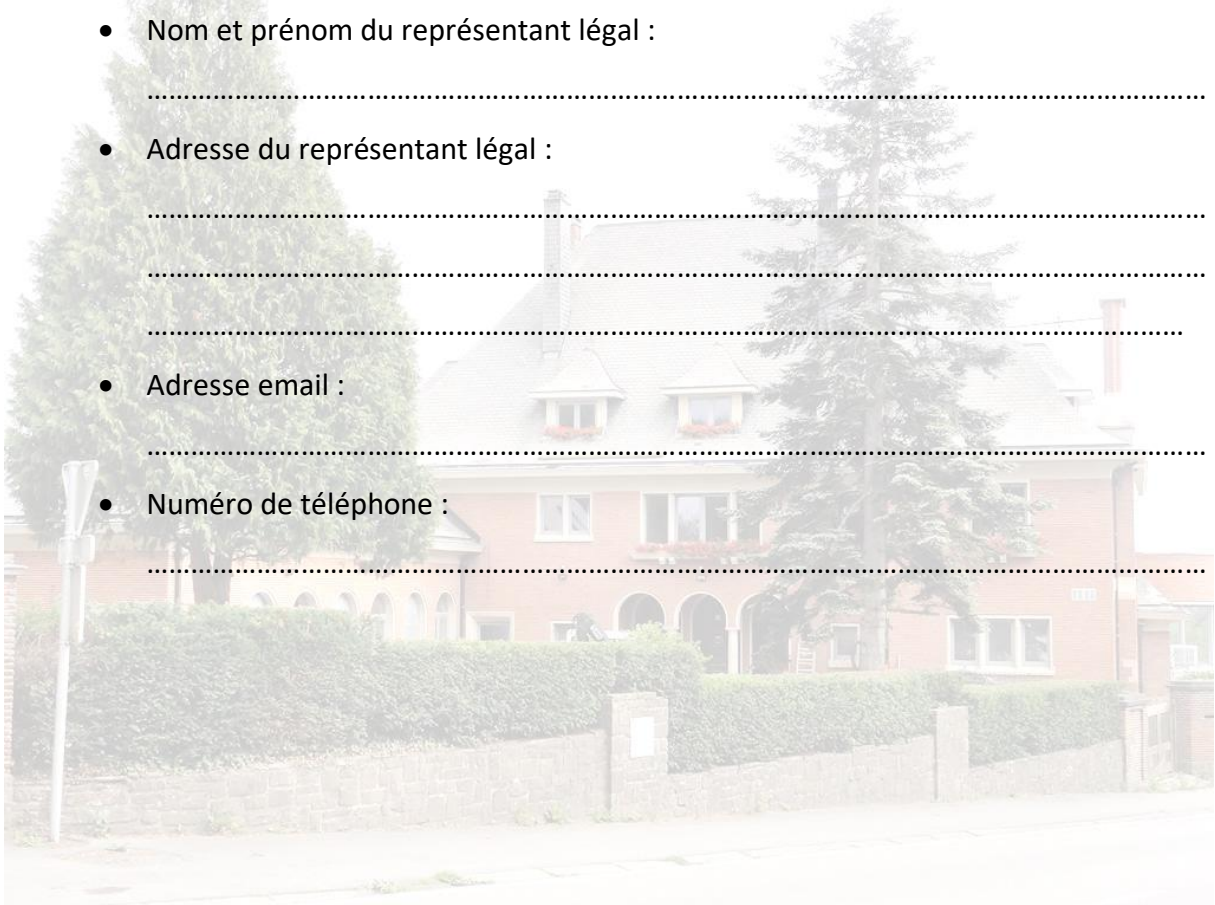
.....
.....
.....

- Adresse email :

.....

- Numéro de téléphone :

.....



3. Biographie de la personne

➤ **Antécédents familiaux et institutionnels :**

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

➤ **Contacts réguliers avec la famille** Oui Non

Si oui :

Par téléphone :

Visite de la famille ? Oui Non

Retour en famille ? Oui Non

Lieu :

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

4. Renseignements administratifs

➤ **Orientation MDPH**

Foyer de vie

Foyer d'Accueil Médicalisé

Maison d'Accueil Spécialisée

Date de validité:.....

➤ **Numéro de Sécurité Sociale :**

➤ **Coordonnées de la CPAM d'affiliation :**

.....
.....

➤ **Coordonnées de la mutuelle complémentaire :**

.....
.....

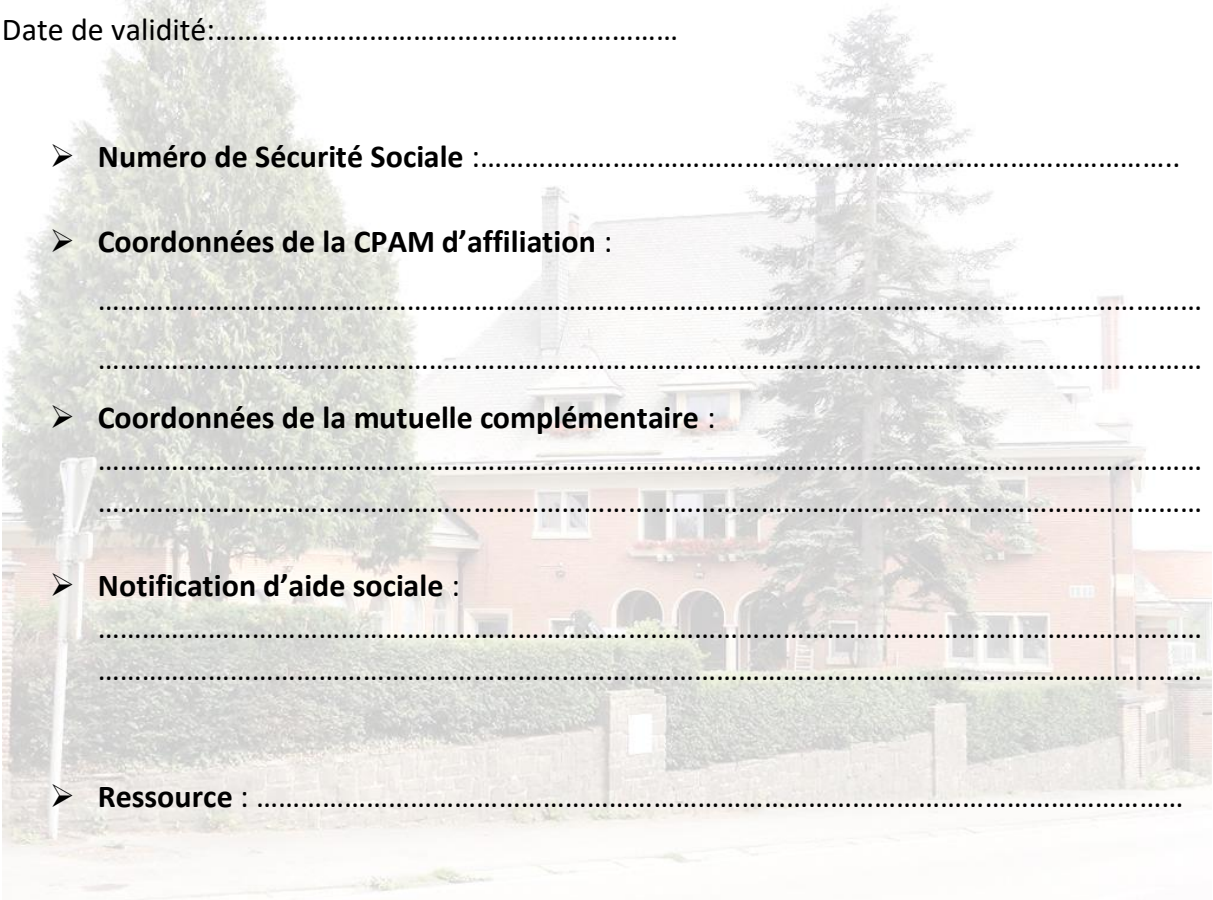
➤ **Notification d'aide sociale :**

.....
.....

➤ **Ressource :**

➤ **Carte d'identité ou passeport :**

Valable jusqu'au



5. Renseignements médico-psychiatriques

➤ **Médecin traitant :**

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

➤ **Médecins spécialistes (Nom, adresse, spécialité, téléphone) :**

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

➤ **Groupe sanguin :**

➤ **Antécédent et anamnèse psychiatriques (Pathologie) :**

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

6. Les données personnelles :

6.1 informations médicale

- Antécédent (naissance et petite enfance) :

.....
.....

- interventions chirurgicales :

.....
.....

- les maladies cardiaques

.....
.....

- les maladies infectieuses et contagieuses

.....
.....

- les maladies sexuellement transmissibles

.....
.....

- Contraception éventuelles Oui Non

Laquelle :

.....
.....

- vaccinations

.....
.....

- épilepsie

Crises : Absences Petit mal Grand mal
 Avec incontinence De jour De nuit

Fréquence des crises ?.....

Facteurs des crises :

- la médication :

Matin :

.....

Midi :

.....

Soir :

.....

Coucher :

.....

Ce traitement a-t-il été modifié récemment ou est-il instauré depuis plus d'un an ?

Oui Non

Remarques :.....

Traitement occasionnel (en cas d'agitation)

.....

6.2 Information somatique

- état dentaire :

Port d'un appareil dentaire ? Oui Non

- la vue :

Problème de vue : Oui Non

Port de lunettes : Oui Non

- audition :

Entend normalement Oui Non

Difficulté d'audition Oui Non

Surdité complète Oui Non

Appareillage Oui Non

- incontinence :

- Continence complète
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence urinaire diurne
- Incontinence urinaire nocturne
- Incontinence des deux sphincters

Remarques :

.....
.....

6.3 Information diététique

- les allergies :

.....
.....

- troubles digestifs et régimes particuliers

.....
.....

- troubles alimentaires

- Tendance boulimique
- Tendance anorexique
- Sujet aux fausses routes
- Potomanie
- Ingestion d'objets
- Aucun
- Autres :



7. les conduites addictives

- Respect des règles institutionnelles oui Non
- Tabac Actuellement Par le passé Néant

Quantité :.....

- Alcool Actuellement Par le passé Néant
- Stupéfiants Actuellement Par le passé Néant
- Psychotropes Actuellement Par le passé Néant
- Consommation anormale de médicaments Actuellement Par le passé Néant
- Pyromanie Actuellement Par le passé Néant
- Petite délinquance (vol, perversité,...) Actuellement Par le passé Néant
- Fugues, errance Actuellement Par le passé Néant

Remarques :

.....

8. Renseignements socio-éducatifs

➤ **Traits de personnalité :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	Grande	Moyenne	Faible	Aucune
- auto agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- hétéro agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité verbale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité gestuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité réactionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité environnementale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comportements particuliers :

.....

.....

.....

.....

- **Éléments psychologiques** (angoisses, présences d'obsessions, fragilité...)

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

Signe :

.....
.....

Fréquences :

.....
.....

- **Sexualité** (peu ou très présente, recherche affective, troubles comportementaux)

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

La sexualité est-elle compatible avec la vie en collectivité ?

.....
.....

- **Loisirs, activités préférées, occupations, sorties, habitudes....**

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

9. Renseignements sur son autogestion

➤ **Forme de communication et langage**

Oral Oui Non

Capable de formuler

- une phrase simple Oui Non
- des demandes Oui Non

Inexistant Oui Non

Cris Oui Non

Autres méthodes (makaton, pictogrammes,....) :.....

Décrivez :

.....

.....

➤ **l'hygiène :**

	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
- se laver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- s'essuyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- s'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- aller aux toilettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques :

.....

.....

.....

➤ **Les déplacements**

	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
• Marche			
Se déplace en fauteuil roulant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se déplace avec un déambulateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peut maintenir la station debout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se déplace en transport en commun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Orientation spatiale			
Dans un grand espace	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non
Dans un petit espace	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non
Désorienté(e)	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non
Se déplace seule dans les centre commerciaux	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non
• Orientation temporelle			
A court terme	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non
A long terme	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non
Désorienté dans le temps	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non
• Mémoire			
Évoque des faits récents	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non
Évoque des faits anciens	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non
Aucune évocation cohérente	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non

Remarques :

.....

.....

.....

➤ **les repas**

	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Utilise une fourchette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise un couteau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coupe sa viande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se verse à boire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eau gélifiée	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Aliments mixés	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Aliments coupés	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Régimes alimentaires spécifiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Lesquels :

Remarques :



➤ **les acquis :**

	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Lit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecrit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lit l'heure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Applique une consigne simple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Capable de se concentrer Oui Non

- durée :

- avec aide : Oui Non

Remarques :

➤ **Le sommeil**

Ne nécessite aucune intervention extérieure au cours de la nuit Oui Non

Nécessite une ou plusieurs interventions par nuit Oui Non

Agitation nocturne (se lève, déambule, cris,...) Oui Non

Remarques :

.....

- **Ce document a pour but de connaître le mieux possible la personne. N'hésitez donc pas à y ajouter toutes les informations complémentaires que vous jugeriez utile de nous communiquer.**

