

Partie réservée à l'établissement

Date du RDV :
Dossier remis le :
Par :
Dossier complet reçu le :

FICHE ADMINISTRATIVE

A remplir par la personne à accueillir, sa famille ou les services sociaux

ETAT CIVIL

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

☎ :

SITUATION

Célibataire

Veuf ou veuve

Divorcé(e)

Marié(e)

Actuellement, il/elle vit :

Seul(e) à domicile

Avec son conjoint

En famille

En établissement, précisez lequel :

Actuellement hospitalisé(e) :

Oui

Non

Nombre d'enfant(s) :

Nom et Prénom

Adresse

Téléphone

.....

.....

.....

.....

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'organisme de Sécurité Sociale :

N° d'immatriculation :

Mutuelle :

Coordonnées des caisses de retraite :

Régime de base :

PROFESSIONNELS DE SANTE REFERENTS

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

☎ :

Médecins spécialistes :

Nom :

Adresse :

☎ :

Nom :

Adresse :

☎ :

Kinésithérapeute :

Nom :

Adresse :

☎ :

Infirmier ou Service de Soins Infirmiers à Domicile :

Nom :

Adresse :

☎ :

AIDES FINANCIERES

Aide Sociale :

Oui

Non

En cours

Aide Personnalisée à l'Autonomie :

Oui

Non

En cours

AIDES NON MEDICALES

Aide à domicile

Nom de l'organisme :

Fréquence / Horaires :

Aide ménagère

Nom de l'organisme :

Fréquence / Horaires :

Portage de repas

Nom de l'organisme :

Fréquence / Horaires :

PROTECTION JURIDIQUE

Oui

Non

En cours

Si oui, laquelle ? :

Tuteur

Curateur

Sauvegarde de justice

Nom du tuteur ou curateur

Adresse

Téléphone

.....
.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (Par ordre de priorité)

Nom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

Photocopie du livret de famille

Photocopie de l'attestation des droits de Sécurité Sociale

Photocopie de la carte de mutuelle

Photocopie du jugement tutelle ou curatelle, s'il y a lieu

Photocopie du plan d'Aide Personnalisée à l'Autonomie

Photo d'identité

Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), Madame – Monsieur..... agissant en qualité de

Autorise

N'autorise pas

Monsieur – Madame à participer aux sorties organisées par la structure.

Fait à

Le

Signature,

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Madame – Monsieur..... agissant en qualité de

Autorise

N'autorise pas

} la structure à exploiter l'image (photographie individuelle ou collective) de

Monsieur-Madame..... à des fins de communication interne ou externe (plaquette, revue de presse, journal interne,....) à la Mutualité Française Limousine.

Fait à

Le

Signature,

DOSSIER MEDICAL

A compléter par le médecin traitant
CONFIDENTIEL

ETAT CIVIL

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

MOTIF PRINCIPAL DE LA DEMANDE

.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ALD : Oui Non

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

Date des antécédents :

Médicaux

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

Chirurgicaux

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

Pathologies en cours :

Médicales

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

Chirurgicales

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

Allergies :

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

Joindre une copie de la dernière ordonnance du traitement en cours

EXAMEN CLINIQUE

■ **Poids :** **Taille :**

■ **Déficit sensoriel :**

Visuel Prothèse : Oui Non

Auditif Prothèse : Oui Non

■ **Déplacement :**

Autonome Déambulateur Canne Fauteuil roulant

■ **Risque de chute(s) :** Oui Non

■ **Etat neuropsychique :**

Etat dépressif : Sévère Modéré Non

Troubles de la mémoire : Sévère Modéré Non

Désorientation temporo-spatiale : Sévère Modéré Non

Délire-hallucinations : Sévère Modéré Non

Agressivité – cris : Sévère Modéré Non

Déambulation : Sévère Modéré Non

Agitation nocturne : Sévère Modéré Non

Déficiência intellectuelle : Sévère Modéré Non

■ **Risque d'errance :** Oui Non

■ **Douleurs :** Oui Non Evaluation :/10

■ **Vaccinations :** Acceptées Refusées

Dates :

DTP :

Pneumo 23 :

Grippe :

■ **Fonction cardiaque et vasculaire :**

Contention veineuse Pace Maker Anticoagulant Troubles du rythme

■ **Appareil respiratoire**

Oxygénothérapie Ventilation : Radiographie pulmonaire

Invasive
 Non invasive
 Durée/jour

■ **Fonction et sphère digestive et état nutritionnel :**

Prothèse dentaire Stomie Albuminémie :

Régime particulier : Oui Non Si oui, lequel :

■ **Alimentation :**

Normale Mixée Hachée

■ **Continence :**

Incontinence urinaire : Occasionnelle Permanente
 Jour Nuit

Incontinence fécale : Occasionnelle Permanente
 Jour Nuit

■ **Fonction rénale :**

Insuffisance rénale : Oui Non

Créatinine = Cléarence =

■ **Troubles métaboliques :**

Diabète : Type 1 Type 2 insulo-requérant : Injection/jour

Autres :

■ **Etat cutané (escarres, ulcères...) :**

Précisez la localisation :

Soins en cours / à prévoir :

■ **Addictions :**

Alcool : Oui Non

Tabac : Oui Non

Autres :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Ordonnance de moins de 3 mois du traitement en cours
- Certificat médical attestant que le demandeur ne présente pas de signes décelables d'une maladie contagieuse
- Prescription médicale en cas de régime alimentaire
- Photocopie du port de stimulateur cardiaque, s'il y a lieu
- Photocopie de la carte du groupe sanguin

Coordonnées du médecin :

.....

.....



Date :

Tampon :



HISTOIRE DE VIE

Madame, Monsieur,

Ce dossier psycho biographique, ou histoire de vie, que nous vous proposons de compléter nous est important pour mieux connaître la personne que nous allons accueillir et ainsi, adapter et améliorer la qualité de prise en soin que nous souhaitons lui apporter en fonction de sa propre personnalité, et de ses habitudes de vie antérieures.

Nous vous informons que ce dossier sera traité en toute confidentialité.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration.

L'équipe de direction

ETAT CIVIL

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : Age : Lieu de naissance :

Lieu de vie : Ville Campagne

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Veuf ou veuve Divorcé(e) Marié(e)

Année de mariage :

Prénom du conjoint :

Profession du conjoint :

Si veuf ou veuve, depuis quand ?

Si divorcé(e), depuis quand ?

A-t-il/elle vécu avec ses parents ? Oui Non

A-t-il/elle été élevé(e) par quelqu'un d'autre que ses parents ? Oui Non
A partir de quel âge ?

Où a-t-il/elle passé son enfance ?

A-t-il/elle des frères et sœurs? Oui Non

Nombre de sœur(s) : Nombre de frère(s) :

A-t-il/elle des enfants ? Oui Non

Nombre d'enfant(s) :

Le rapport avec ses enfants est :

Constant et affectueux Bon mais occasionnel Conflictuel

A-t-il/elle des petits-enfants ? Oui Non

Nombre de petit(s)-enfant(s) :

Le rapport avec ses petits-enfants est :

Constant et affectueux Bon mais occasionnel Conflictuel

PROFESSION ANTERIEURE

Profession antérieure :

Retraité(e) depuis quand ?

DISTRACTIONS

Avait-il/elle des activités ludiques ?

Jeux de cartes : Oui Non

Lesquels :

Jeux de société : Oui Non

Lesquels :

Pratiquait-il/elle un sport ? Oui Non

Lesquels :

Aimait-il/elle lire ? Oui Non

Écoutait-il/elle la radio ? Oui Non

Regardait-il/elle la télévision ? Oui Non

Quelles émissions ?

PERSONNALITE

Quels sont ses traits de personnalité dominants ?

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

A-t-il/elle des phobies ou peurs particulières ?

Quels sont les sujets de conversation à éviter ?

DEUILS ET CHOCS PSYCHOAFFECTIFS

A-t-il/elle souffert de deuils ou de chocs psychoaffectifs ayant entraîné une résonance particulière ?

Oui Non

Lesquels ?

HABITUDES

■ Habitudes alimentaires :

Petit Déjeuner : Thé Café noir Café au lait Chocolat Chicorée

Autre :

Miel Confiture Fromage Beurre

Autre :

Repas :

Qu'aime t-il/elle manger ?

Que n'aime t-il/elle pas manger ?

A-t-il/elle l'habitude de goûter ? Oui Non

Que prend-il/elle ?

■ Allergies alimentaires :

Oui Non

Lesquelles ?

■ Interdictions alimentaires :

Oui Non

Lesquelles ?

■ Habitudes vestimentaires :

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

■ Y a-t-il des objets qui lui tiennent particulièrement à cœur et qu'il/elle doit avoir avec lui/elle ?

Oui Non

Lesquels ?.....
.....
.....

■ **Literie, sommeil :**

Met-il/elle de gros oreillers ? Oui Non

Met-il/elle un traversin ? Oui Non

Dort-il/elle en pyjama ? Oui Non

Dort-il/elle en chemise de nuit ? Oui Non

Dort-il/elle avec une veilleuse ? Oui Non

Dort-il/elle avec la fenêtre ouverte ? Oui Non

Fait-il/elle la sieste ? Oui Non

A quelle heure se lève t-il/elle le matin ?

A quelle heure se couche t-il/elle ?

Se lève t-il/elle la nuit pour manger ? Oui Non

Se lève t-il/elle pour boire ? Oui Non

Se lève t-il/elle pour aller aux WC ? Oui Non

■ **Hygiène :**

Se douche t-il/elle tous les jours ? Oui Non
 Le matin Le soir

Prend t-il/elle des bains ? Oui Non

Combien de fois par semaine se lave t-il/elle les cheveux ?

Se rase t-il/elle tous les jours ? Oui Non

Se maquille-t-elle tous les jours ? Oui Non

Porte-t-il habituellement du parfum ? Oui Non Lequel ?

Va-t-il/elle chez le coiffeur ? Oui Non Fréquence :

Se met-il/elle de l'eau de Cologne ? Oui Non

Se met-il de l'après-rasage ? Oui Non Lequel ?

CROYANCES

.....

Est-il/elle croyant(e)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Quelle religion ?
Est-il/elle pratiquant(e)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Respecte-t-il/elle des principes religieux ? Oui Non

Lesquels?

Y a-t-il sur lui/elle ou dans sa chambre un ou des objets qui ont une signification particulière ?
 Oui Non

Si oui, lesquels ?

Quelle est cette signification ?

Recevra t-il/elle une personne de l'extérieur qui viendra régulièrement pour la prière ?
 Oui Non

Si oui, coordonnées de la personne :

VISITEURS

Qui lui rend régulièrement visite ?

Y a-t-il un jour ou moment précis lors duquel il/elle devra être disponible ? Oui Non

Lesquels ?

Est-ce qu'il/elle reçoit des visites régulières de professionnel(s) ? Oui Non

Lesquels ?

BREVE HISTOIRE DE LA MALADIE DU RESIDENT

Date approximative d'apparition des premiers symptômes :

La maladie a débuté par quels symptômes ?

Connaît-il/elle le nom de sa maladie ? Oui Non

Si des points importants de l'histoire de vie du résident n'ont pas été abordés dans ce questionnaire, ou si vous souhaitez nous informer de données particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

