

Résidence de l'Abbaye – Dol de Bretagne

DOSSIER D'INSCRIPTION

Foyer de vie

Nom : Prénom :

Janvier 2013

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

LE DEMANDEUR

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Lieu de naissance : Pays ou département :

Adresse (N° de voie, rue) :

Code postal : |_|_| |_|_|_| Commune/Ville :

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)
 Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Sécurité sociale - Nom de la caisse :

N° de sécurité sociale : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Mutuelle - Nom de la caisse :

N° de mutuelle : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

LES PARENTS DU DEMANDEUR

Nom du père : Prénom du père :

Nom de la mère : Prénom de la mère :

Adresse (N° de voie, rue) :

Code postal : |_|_| |_|_|_| Commune/Ville :

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

LE TUTEUR OU CURATEUR

Nom du tuteur/curateur : Prénom du tuteur/curateur :

Adresse (N° de voie, rue) :

Code postal : |_|_| |_|_|_| Commune/Ville :

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

LE DEMANDEUR

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Lieu de naissance : Pays ou département :

Adresse (N° de voie, rue) :

Code postal : |_|_| |_|_|_| Commune/Ville :

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)
 Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Établissements fréquentés précédemment :

Scolarité : ESAT : Atelier protégé :
 IME : IMP : Autres :

Parcours professionnel :

Religion :

LES PARENTS DU DEMANDEUR

Nom du père : Prénom du père :

Nom de la mère : Prénom de la mère :

Adresse (N° de voie, rue) :

Code postal : |_|_| |_|_|_| Commune/Ville :

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Adresse (N° de voie, rue) :

Code postal : |_|_| |_|_|_| Commune/Ville :

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

LA FRATERIE

1

Nom : Prénom :

Adresse (N° de voie, rue) :

Code postal : |_|_| |_|_|_| Commune/Ville :

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

2

Nom : Prénom :

Adresse (N° de voie, rue) :

Code postal : |_|_| |_|_|_| Commune/Ville :

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

3

Nom : Prénom :

Adresse (N° de voie, rue) :

Code postal : |_|_| |_|_|_| Commune/Ville :

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Relation existante avec la famille : OUI NON

Sont-elles bonnes ?

.....

BILAN MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Nom : Prénom :

	OUI	NON
Existe-t-il un suivi psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il une psychothérapie en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incontinence urinaire :

- Aucune
- Nocturne
- Diurne
- Occasionnelle
- Régulière

Incontinence fécale :

- Aucune
- Nocturne
- Diurne
- Occasionnelle
- Régulière

Sexualité : Intérêt Indifférence Obsession

HABITUDES

Tabac : OUI NON
Combien par jour : Depuis combien de temps :

Alcoolisation : Occasionnelle Régulière
Nombre de verres par jour (Apéritif, vin, cidre, bière, digestif) :

NECESSITE D'UNE SURVEILLANCE PARTICULIERE

	OUI	NON	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence et degrés de gravité :
Troubles amnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des troubles :
Tendance aux fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles du comportement dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quel ordre :

Troubles du psychisme :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inhibition | <input type="checkbox"/> Agressivité verbale | <input type="checkbox"/> Anxiété, angoisse |
| <input type="checkbox"/> Délire | <input type="checkbox"/> Agressivité physique | <input type="checkbox"/> Indifférence affective |
| <input type="checkbox"/> Mutisme | <input type="checkbox"/> Instabilité | <input type="checkbox"/> Instabilité affective |
| <input type="checkbox"/> Repli autistique | <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur | <input type="checkbox"/> Automutilation |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom : Prénom :

HOSPITALISATIONS ANTERIEURES

LIEU	CAUSE	DATE D'ENTREE	DATE DE SORTIE

ANTECEDANTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

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

DIAGNOSTIC MEDICAL DU HANDICAP PRINCIPAL

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

TRAITEMENT

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

VACCINATIONS

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



Nom : Prénom :

EVALUATION DES BESOINS EN ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

Modalités d'accueil d'une personne venant du domicile.

En cas d'inadaptation en Foyer Occupationnel, accepteriez-vous un changement de prise en charge et d'accompagnement de votre proche, suite à la période d'essai de 2 mois :

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Une orientation vers une autre structure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le retour dans l'établissement d'origine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autre (retour à domicile avec aide spécifique) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date :

Signature :



Nom : Prénom :

EVALUATION DES BESOINS EN ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL

Modalités d'accueil d'une personne provenant d'une autre structure.

Vous engagez vous à reprendre ou à réorienter votre proche en cas d'inadaptation au Foyer Occupationnel :

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Au cours de la période d'essai de 2 mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Quelle que soit la durée écoulée depuis l'admission s'il s'avère que la Résidence l'Abbaye demeure dans l'impossibilité de satisfaire aux besoins d'accompagnement que nécessite le patient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date :

Signature :