

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 de la carte du groupe sanguin

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

Les questions en bleu sont à compléter uniquement pour les admissions en EHPAD.

ETAT CIVIL

Nom : **Nom de jeune fille :**

Prénom(s) :

Date de naissance : **Age :** **Lieu de naissance :**

VIE MARITALE ET FAMILIALE

Célibataire

Veuf ou veuve

Divorcé(e)

Marié(e)

Depuis :

Depuis :

Depuis :

Autre :

Prénom du conjoint :
.....

Profession antérieure du conjoint :

Retraité(e) depuis :

A-t-il/elle des enfants ?

Oui

Non

Nombre d'enfant(s) :

Prénom(s) :
.....
.....

Date(s) de naissance :
.....
.....

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

Oui

Non

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

Prénom(s) :
.....
.....

ENFANCE

Etat civil des parents (prénoms) :

Père : Mère :

Professions antérieures des parents :

Père : Mère :

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

Si oui, par qui ? A partir de quel âge ?

Lieu de vie :

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

Nombre de sœur(s) :

Prénom(s) :
.....
.....

Date(s) de naissance :
.....
.....

Nombre de frère(s) :

Prénom(s) :
.....
.....

Date(s) de naissance :
.....
.....

PARCOURS SCOLAIRE / D'ETUDE

Niveau d'études : Scolarisé jusqu'à quel âge ?

Certificat d'étude obtenu : Oui Non Année d'obtention ?

Autres diplômes obtenus : Oui Non

Lesquel(s) :
.....
.....

Année(s) d'obtention :

PROFESSION(S) ANTERIEURE(S)

Profession(s) antérieure(s) :

Lieu(x) d'exercice :

Retraité(e) depuis ?

TRAITS DE PERSONNALITE ET EVENEMENTS DE VIE

Quels sont ses traits de personnalité dominants ?

A-t-il/elle des peurs particulières ?

Evénements de vie qui a (ont) eu une résonance particulière :

ANIMAUX

La personne a-t-elle eu (a) des animaux ? Oui Non

Lesquel(s) ?

Prénom(s) :

Relation aux animaux :

HABITUDES DE VIE, LOISIRS, GOUTS

Loisirs, occupations du temps libre et distractions (cuisine, bricolage, jardinage, sorties culturelles, chasse, pêche, activités manuelles, activités ludiques, collections, jeux de cartes...)

Avait-il/elle des activités ludiques ?

Jeux de cartes : Oui Non

Lesquels :

Jeux de société : Oui Non

Lesquels :

Aime la lecture ? Oui Non Type :

Aime écouter la radio/musique ? Oui Non Type :

Aime regarder la télévision ? Oui Non Emissions :

Voyages (vacances, destinations...)

Sport (pratique individuelle, collective ; marche, gym, danse, natation...)

Pratiques artistiques (musique, peinture, écriture, décoration...)

Collation :

Matinée Après-midi Nuit

Préférences :

■ **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 ? (ex : sac, foulard, mouchoir...)

■ **Sommeil :**

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

A quelle heure approximative se couche t-il/elle ?

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

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

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

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

A-t-il besoin d'un objet particulier pour dormir ? Oui Non

Lequel :

Met-il/elle de gros oreillers et/ou traversin ? Oui Non

Préciser :

Fait-il/elle la sieste ? Oui Non

Installation : Fauteuil Lit

Heure :

Durée :

Qualité du sommeil :

Désignation du référent familial du résident

Lorsque le résident bénéficie d'une mesure de protection judiciaire, la désignation du référent familial est caduque, le référent sera le représentant légal du résident.

Le référent familial est le **correspondant principal avec l'établissement pour tout ce qui concerne la vie quotidienne, le bien-être et la sécurité du résident**. C'est lui qui assure la coordination avec les autres membres de l'entourage.

- Toute information essentielle, tout document ou tout courrier pouvant intéresser les proches du résident seront envoyés exclusivement au référent familial, à charge pour lui d'en assurer la diffusion aux personnes de son choix.
- La désignation du référent familial n'exclut en rien les droits et obligations des proches du résident en qualité d'obligés alimentaires, tels que définis par les articles 203 et suivants du Code Civil.
- Le référent familial désigné accompagne le résident dans ses démarches administratives, relationnelles et financières si besoin.
- Il s'engage à délivrer à l'établissement les informations essentielles concernant le résident et relevant de la seule autorité familiale.
- Il communique à l'établissement lors de l'admission la liste des enfants et proches du résident (au verso de cette page).
- Il assure le traitement des dossiers courants en lien avec les organismes publics ou privés (conseil départemental, sécurité sociale, mutuelle, ...).
- Il veille au bon approvisionnement du trousseau de première nécessité en cas de besoin (vêtements permettant un change complet du bas, protections...)
- Il fournit à chaque renouvellement ou ajustement du traitement, une copie de la nouvelle ordonnance
- Il prend toutes les dispositions pour que la personne vienne à l'accueil de jour avec le traitement médicamenteux de la journée, au moyen d'un pilulier nominatif
- Il prend toutes les dispositions utiles pour que la personne soit prête à l'heure du passage du service de transport de la MFL et soit déposée, le soir, dans de bonnes conditions de sécurité
- Il prend les dispositions utiles dans le cas où l'état du résident nécessiterait la mise en place d'une mesure de protection juridique (curatelle, tutelle, ...).
- À tout moment, le résident a la liberté de changer de référent familial.

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Fixe : Portable :

Courriel :

Lien de parenté ou autre avec le résident :

Nom et prénom du résident :

Lu et approuvé, le / /,

Signature :

Approbation du référent familial par les autres correspondants familiaux du résident

Par ordre de **priorité d'appel décroissant**

1	Nom : Prénom : Adresse : Fixe : Portable : Courriel : Lien de parenté avec le résident : <input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial <u>Signature</u> :
2	Nom : Prénom : Adresse : Fixe : Portable : Courriel : Lien de parenté avec le résident : <input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial <u>Signature</u> :
3	Nom : Prénom : Adresse : Fixe : Portable : Courriel : Lien de parenté avec le résident : <input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial <u>Signature</u> :

4	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Fixe : Portable :</p> <p>Courriel :</p> <p>Lien de parenté avec le résident :</p> <p><input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial</p> <p><u>Signature</u> :</p>
5	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Fixe : Portable :</p> <p>Courriel :</p> <p>Lien de parenté avec le résident :</p> <p><input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial</p> <p><u>Signature</u> :</p>
6	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Fixe : Portable :</p> <p>Courriel :</p> <p>Lien de parenté avec le résident :</p> <p><input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial</p> <p><u>Signature</u> :</p>
7	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Fixe : Portable :</p> <p>Courriel :</p> <p>Lien de parenté avec le résident :</p> <p><input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial</p> <p><u>Signature</u> :</p>

8	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Fixe : Portable :</p> <p>Courriel :</p> <p>Lien de parenté avec le résident :</p> <p><input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial</p> <p><u>Signature</u> :</p>
9	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Fixe : Portable :</p> <p>Courriel :</p> <p>Lien de parenté avec le résident :</p> <p><input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial</p> <p><u>Signature</u> :</p>
10	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Fixe : Portable :</p> <p>Courriel :</p> <p>Lien de parenté avec le résident :</p> <p><input type="checkbox"/> Approuve la désignation du référent familial</p> <p><u>Signature</u> :</p>