

DOSSIER MÉDICAL ET PARAMÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

Ce dossier vient en complément du Dossier Unique d'Admission de Via Trajectoire pour les personnes ayant une notification EAM – EANM ou FDV.

Pour assurer un traitement de votre dossier le plus rapide possible, nous vous demandons qu'il soit complet et lisible.

Nom : Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Lieu de naissance : Code postal :

Pays :

SITUATION FAMILIALE :

☐ Célibataire

☐ Pacsé.e

☐ Marié.e

☐ Divorcé.e

☐ Vie maritale

☐ Veuf/veuve

Personne de confiance, précisez le lien (parents, fratries, professionnels...) :

.....
.....

Coordonnées :

PERSONNE(S) A CONTACTER :

Liens (parents, tuteurs) :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° téléphone : |__| |__| |__| |__| |__|

Mail : @

Liens (parents, tuteurs) :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° téléphone |__|__|__|__|__|

Mail : @.....

LIEU DE RESIDENCE :

Vous résidez actuellement : (cochez la ou les case.s correspondante.s)

- ☐ Domicile personnel
- ☐ Hébergement au domicile familial
 - ☐ Mère
 - ☐ Père
 - ☐ Les deux
 - ☐ Autre (précisez)

☐ Structure médico-sociale

Depuis le : [__] [__] [__]

☐ Structure sanitaire (hospitalière...)

Depuis le : [__] [__] [__]

Si concerné, coordonnées de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° téléphone : |__|__|__|__|__|

Mail : @.....

MESURE DE PROTECTION :

- ☐ Curatelle Simple
- ☐ Curatelle Renforcée
- ☐ Tutelle
- ☐ Habilitation familiale
- ☐ Autres (ex : en cours), précisez :
.....

Si concerné, coordonnées de la mesure de protection :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° téléphone : |__|__|__|__|__|

Mail : @

COORDONNÉES DES MEDECINS :

Médecin généraliste : Téléphone : |__| |__| |__| |__| |__|

Mail : @

Médecin psychiatre : Téléphone : |__| |__| |__| |__| |__|

Mail : @

Médecin Spécialiste (autre): Téléphone : |__| |__| |__| |__| |__|

Mail : @

TYPES D'ASSURANCE MALADIE :

- ☐ Régime générale
- ☐ Mutuelle
- ☐ CSS (complémentaire santé solidaire)
- ☐ ALD

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Diagnostic de la maladie psychique et date du diagnostic :

.....

Date de début des troubles :

Historique complet avec dates ET motifs des hospitalisations :

.....

.....

Type de suivi psychiatrique actuel, *CMP, psychiatre libéral, médecin généraliste* :

.....

Addictions : OUI / NON

Type de substances :

Substitution : OUI / NON

Si oui, laquelle :

Depuis combien de temps :

.....
.....

Si sevré, depuis quand et durée de la consommation passée :

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

Nom des traitements pris par le passé : *CMP, psychiatre libéral, médecin généraliste :*

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

Symptômes résiduels en période de stabilité :

Apathie, désinhibition, thymie dépressive, anxiété, troubles du comportement, perturbation du sommeil, idées délirantes, hallucinations, plaintes somatiques... : si oui, lesquels ?

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

Symptômes pouvant évoquer une décompensation et alerter les équipes :

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

[illegible]

Risque de fugue ? Auto-agressivité ou hétéro agressivité ? Antécédents de passage à l'acte suicidaire ? Autres... ?

[illegible]

This image shows a full page of white paper with ten evenly spaced horizontal dotted lines, typical of primary school writing paper. The lines extend across the entire width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no other markings, text, or illustrations present.

En cas d'accueil en Foyer de Vie : autonomie dans la gestion du traitement ? OUI NON

Traitements conseillés en « si besoin » : si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Réactions allergiques à certains traitements ?

.....

.....

Contre-indications à certains traitements ? (*Syndrome malin...*)

.....

.....

Coordonnées du service à joindre en cas de nécessité :

.....

.....

ANTÉCÉDENTS SOMATIQUES

ANTCD médicaux et chirurgicaux avec dates, épilepsie... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allergies :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vaccination :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRISE EN CHARGE

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapie					
Orthophonie					
Ergothérapie					
Autres :					

Appareillages cocher la ou les case(s) correspondante(s) :

- ☐ Canne
- ☐ Déambulateur
- ☐ Fauteuil roulant manuel
- ☐ Fauteuil roulant électrique
- ☐ Lit médicalisé
- ☐ Orthèse ou prothèse
- ☐ Appareil auditif
- ☐ Autre (préciser) :
-
-

PARCOURS DE VIE (Anamnèse)

Joindre systématiquement une anamnèse écrite, complète et détaillée. Détaillez également la situation actuelle de la personne.

SI SUIVI PSYCHOLOGIQUE

Joindre une synthèse du suivi psychologique, sous pli avec mention “confidentielle”.

AUTONOMIE ET VIE COURANTE

Personne qui n’a pas conscience du danger : si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale	Précisez
Hygiène corporelle				
S’habiller et se déshabiller				
Assurer son élimination et utiliser les toilettes				
Prendre ses repas (boire, manger...)				
Gérer son repos quotidien				

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale	Précisez
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)				
Se déplacer à l'intérieur				
Se déplacer à l'extérieur				
Risque de chute				
Utiliser les escaliers				
Utiliser les transports en commun				
Conduire un véhicule				

Cognitions	Seul	Aide partielle	Aide totale	Précisez
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Troubles de la mémoire				
Gestion de sa sécurité				
Relations avec autrui				

Vie courante	Seul	Aide partielle	Aide totale	Précisez
Gérer ses traitements				
Faire ses courses				
Préparer un repas				
Entretien du linge, vêtements...				
Faire son ménage				
Gérer son budget				
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)				

PRÉCAUTIONS ALIMENTAIRES

Risque de fausse route :

☐ Oui ☐ Non

Régime particulier (sans porc, végétarien) :

☐ Oui ☐ Non

Diabétique :

☐ Oui ☐ Non

VIGILANCE PARTICULIÈRE

Comportements à risques

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR :

- ☐ Ordonnance(s) en cours sous pli
- ☐ Anamnèse sous pli
- ☐ Suivi psychologique sous pli avec mention "confidentielle"