

## PIECES A FOURNIR

- PHOTOCOPIE LIVRET DE FAMILLE
- CARTE D'IDENTITE
- CERTIFICAT D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION
- DERNIERS JUSTIFICATIFS DES REVENUS
- CARTE D'INVALIDITE
- CARTE D'ASSURE SOCIAL ET ATTESTATION VITALE
- CARTE DE MUTUELLE
- CARTE D'ANCIEN COMBATTANT
- RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE OU POSTAL
- DOSSIER MEDICAL COMPLETE
- FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLETEE



## **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Docteur
Certifie que M
N'est atteint d'aucune maladie contagieuse, affection neuropsychique ou nfirmité contre indiquant son séjour dans un Foyer-logement.
A, le
CACHET SIGNATURE



NON

## DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION

NOM:	prenom:		NE(E) LE:		SEXE:	
MEDECIN TRAITANT:				TAMPON:		
TEL:						
DOSSIER REMPLI LE:						
LA PERSONNE EST ELLE A	L'ORIGINE DE L	A DEMANDE?	OUI	I NO	ON	NSP NSP
EN EST ELLE INFORMEE? Y ADHERE T'ELLE			oui	NO		NSP
	REN	ISEIGNEME	NTS MEDIC	AUX		
POIDS:				TAILLE:		
ALLERGI	ES CONNUES		*			1
( médicamenteuses, alimentaires)			*			
			TETANOS	Date Dernière		
VACC	INATIONS		GRIPPE Annu	Date Dernière	e Injectioi OUI	n: NON
			O			NON
		LES ANTE	CEDENTS			
MEDICAUX			CHIRURGICA	IIV		
*			*			
*			*			
*			*			
*			*			
*			PSYCHIATRIQUES			
*			*			
*			*			
PATHOLOGIES CHRONIQU	ES EN COLIDS	ALD	TRAITEMENT	S EN COLIDS		
*	E3 EN COOKS	ALD	*	3 EN COURS		
*			*			l
*		*				
*			*			
100 miles (100 miles)			PANSEMENTS			
			ACTE DE KINE			
			AUTRES SOIN	IS		
REGIME: OUI	LEOUEL					



	A	LATIONI	DES BESOINS
1 - V	$\Delta II$	123 1 10 1131	DES RESCOUNS

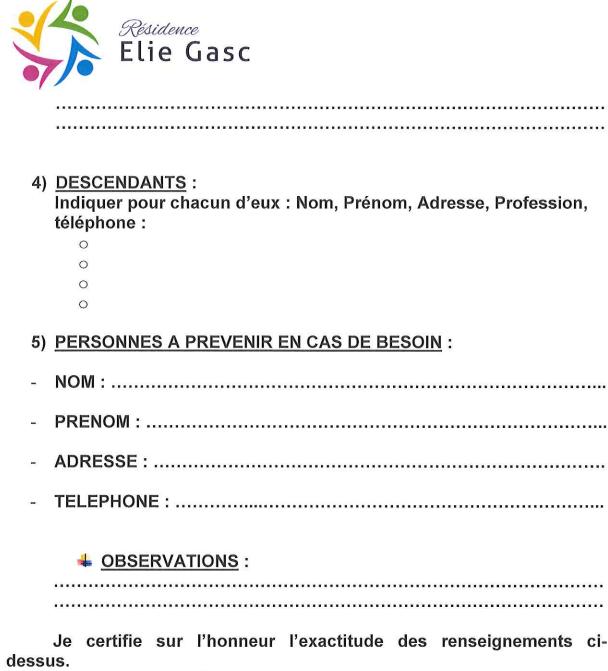
GIR	
MMS	

	EPISODES DE FUGUES	RECENTS ( DE L'ANNEE)			
	and the respect of the second	***************************************	ANCIENS		
1	ATTEINTE DU LANGUAGE				
FONCTIONS	ATTEINTE DE LA MÉMOIRE		LE DIAGNOST	IC A-T-IL ÉTÉ RECHERCHE?	
SUPERIEURES			LEQUEL?		
	TROUBLES DEPRESSIFS		TROUBLES NEUROLOGIQUES		
	APATHIE		2		
	AGRESSIVITE		AGITATION PS	SYCHOMOTICE	
TROUBLE	OPPOSITION AUX SOINS		TROUBLES DU SOMMEIL		
PSYCHO-	COMPORTEMENT				
COMPORTEMENTAL	PERTUBATEUR DEAMBULATION			ON	
	SEUL ET NORMALEMENT				
	NECESSITANT UN SURVEILLA	ANCE			
ALIMENTATION	STIMULER				
	AIDER				
	AVEC RISQUE DE FAUSSE RO	UTE			
	SEUL ET NORMALEMENT				
TOILETTE ET	AVEC SURVEILLANCE				
HABILLAGE	NECESSITANT UNE AIDE PARTIELLE				
	NECESSITANT UNE AIDE TOTALE				
	AUTONOME	DEAMBULATEUR			
DEPLACEMENT	(SEUL)	CANNE DE MA			
	NON	FAUTEUIL RO			
	AUTONOME	DESCENDRE C	QUELQUES MARCHES		
	(ACCOMPAGNE)	CHUTE DANS LES TROIS DERNIERS MOIS			
	AUTONOME (SEUL)				
		LIT -> FAUTEUIL			
TRANSFERT	NON FAUTEUIL -> DEBOUT				
	AUTONOME	Set i para 1900 a di Mandre de Arabina de Para de Cara			
	(AVEC AIDE)	TRANSFERT IMPOSSIBLE			
	CONTINENCE TOTALE				
ELIMINATION		URINAIRE		N INCONTINENCE	
	INCONTINENCE FECALE GERE SEUL SON INCONTINENCE				
	SEUL ET NORMALEMENT				
RESPIRATION	SOUS 02				
	TRACHEOTOMIE				
SENS	TROUBLE DU GOUT		NON	OUI	
	TROUBLE DE L'ODORAT		NON	OUI	
	TROUBLE DE L'AUDITION		NON	OUI	
	TROUBLE S DE LA VUE		NON	OUI	



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

1)	ETAT CIVIL:
-	NOM:
-	NOM DE JEUNE FILLE :
-	PRENOMS:
_	DATE DE NAISSANCE :
=	LIEU DE NAISSANCE :
-	N° DE SECURITE SOCIALE :
_	N° DE REGIME AGRICOLE :
-	N° C.A.F. :
-	SOCIETE MUTUALISTE :
2)	SITUATION DE FAMILLE :
	<ul> <li>CELIBATAIRE</li> <li>MARIE(E)</li> <li>VEUF(VE)</li> <li>SEPARE(E)</li> <li>DIVORCE(E)</li> </ul>
	ADRESSE AVANT L'ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT :
	<u>TEL</u> :
3)	<u>DECLARATION DES RESSOURCES</u> : Préciser ci-dessous, par ordre d'importance, la nature des ressources et leur montant:



Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-

Je demande l'affectation d'un logement pour moi même et m'engage à respecter les dispositions du règlement intérieur pendant la durée de mon séjour.

> Fait à SOUAL, le..... signature: