

DEMANDE D'ADMISSION

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Fondation COGNACQ-JAY

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF ET MEDICAL

NOM :

PRENOMS:

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

RELIGION PRATIQUEE :

ADRESSE AVANT HOSPITALISATION :

ORGANISME DE PRISE EN CHARGE & N° D’AFFILIATION :

ORGANISME MUTUALISTE & N° D’AFFILIATION :

BENEFICIAIRE AAH :

OUI

NON

PENSION INVALIDITE :

OUI

NON

SITUATION FAMILIALE :

PERSONNE A PREVENIR (préciser si parentée) :

NOM – Prénom :

Adresse :

N° téléphone :

Hôpital de référence :

Nom du Service :

N° de téléphone du Service :

Médecin référent :

Médecin Chef de service :

Cadre de santé :

N° de téléphone du cadre de santé

DATE DE LA PROTECTION

TUTELLE : OUI NON

CURATELLE : OUI NON

Préciser : Association ou Famille ainsi que les coordonnées

MODE DE PRISE EN CHARGE SOUHAITEE :

ACCUEIL DE JOUR :

HEBERGEMENT COMPLET :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

AVIS DU PATIENT SUR CETTE ORIENTATION : Favorable Peu favorable Pas du tout

DU PATIENT

DE LA FAMILLE

DE L'EQUIPE MEDICALE ACTUELLE

DOSSIER MEDICAL

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES :

HISTOIRE DE LA MALADIE:

DATE ET SURVENUE DES :

- Premiers troubles :

- Facteurs déclanchants :

- Séquelles :

PATHOLOGIES ASSOCIEES :

MANIFESTATIONS ACTUELLES DE LA MALADIE :

- Changement de caractère :

- Humeur – Comportement :

- Délire OUI NON

- Hallucinations OUI NON

TRAITEMENT :

PRISE EN CHARGE ACTUELLE :

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET AUTRE : Groupes thérapeutiques, entretiens réguliers....

AUTRES PRISES EN CHARGE : Psychomotricité, kinésithérapie, ergothérapie,....

DOSSIER SOCIO EDUCATIF

PRESENTATION DE LA PERSONNE :

- Poids :
- Taille :
- Tenue et présentation : élégant (e) ou négligé (e)
- Contact : facile difficile

COMPORTEMENT ET VIE QUOTIDIENNE :

- Humeur : (gaie – triste – stable – instable – idées suicidaires)
- Pensées : (délirantes – hallucinations – troubles de mémoires)

SCHEMA CORPOREL ET MENTAL :

- Auto mutilation :
- Morcellement du corps :
- Dépersonnalisation :
- Stupeur :
- Absences :
-

LANGAGE :

- Mutisme :
- Bégaiement :
- Dyslexie :

COMMUNICATION :

- Mode :
- Comprend ne comprend pas
- Ecoute n'écoute pas
- Interprétation :
- Mémoire :

SOMMEIL :

- Se couche :	tôt	tard
- Endormissement	facile	difficile
- Se lève la nuit :	oui	non
- Incontinence nocturne :	oui	non
- Dort :	mal	bien
- Cauchemards :	oui	non
- Réveil :	facile	difficile
- Se lève :	tôt	tard

ANXIETE : Grave Modérée Légère

- Crise de panique		
- Renfermement sur soi		
- Emotivité :	peu	importante

ALIMENTATION :

- Habitudes alimentaires :

- Régime alimentaire :	oui	non
- Appétit :	anorexie	boulimie
- A table	reste facilement	se déplace durant le repas
- Mange	rapidement	lentement
- Boit :	peu	beaucoup
- Potomanie	oui	non

HYGIENE :

- Toilette :	seul	avec aide	ou surveillance seulement
- Douche :	oui	non	
- Habillage :	oui	non	
- Maquillage :	oui	non	

ENTRETIEN DE LA CHAMBRE :

oui	non
Avec aide	ou surveillance uniquement

ENTRETIEN DU LINGE :

oui	non
Avec aide	ou surveillance uniquement

AIDE AUX TACHES COLLECTIVES :

- Dresser ou desservir le couvert
- Entretien jardinage

ACTIVITES – LOISIRS :

Lecture – Musique – Cinéma – Sport – Couture – Tricot – Jeux etc....
Autres : *Préciser*

SORTIES : Actuellement, sort t'il (elle) seul (e) en ville
Accompagné (e) en ville

PERMISSIONS : Actuellement, rentre t'il (elle) le week-end en famille
Pendant les vacances en famille

VISITES : Fréquences des visites de sa famille :

1 fois par semaine
1 fois tous les 15 jours
1 fois par mois
Moins
Pas du tout

LE RESIDENT PREND T'IL (ELLE) :

Tabac	OUI	NON
Alcool	OUI	NON

COMMENT GERE T'IL (ELLE) SON ARGENT DE POCHE ?

Possède compte en banque	OUI	NON
Famille met à disposition somme régulière	OUI	NON
Tutelle ou curatelle	OUI	NON

AUTRES REMARQUES ET OBSERVATIONS :

A

le,