



GROUPE HOSPITALIER
Sophia Antipolis - Vallée du Var
Centre Hospitalier de Puget-Théniers

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
HELIANTHE

DOSSIER D'ADMISSION

NOM : _____

PRENOM : _____

AGE : _____

DEMANDE :

- EN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
- EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Pièces à joindre impérativement :

- Décision d'orientation MDPH
- Accord de financement du département
- Compte rendu de la dernière hospitalisation ou de l'hospitalisation en cours

.....
: Centre Hospitalier
: de Puget-Théniers
: Quartier la Condamine
: 06260 PUGET-THENIERS

.....
: Tél.: +33 (0)4 93 05 00 30
: Fax: +33 (0)4 93 05 32 89

FAM/FO/2018/3/V1/22.02.2019

I / SITUATION SOCIO-ADMINISTRATIVE

SITUATION SOCIALE

Nom : _____ **Prénoms :** _____

Date et lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Domicile :

Seul(e) Famille
 Institution : _____ Autre : _____

Adresse : _____

Mesure de protection :

Sans En cours Sauvegarde de justice
 Curatelle renforcée Tutelle

Représentant légal / Mandataire judiciaire

Nom / prénom : _____

Lien de parenté éventuel : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Mail : _____

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire
 Séparé(e)

- Vie Maritale
 Divorcé(e)

- Marié(e)
 Veuf (ve)

Nombre d'enfants et âge :

Parents :

Père

Nom : _____

Mère

Nom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Tél : _____

Mail : _____

Mail : _____

Nombre de frères et sœurs :

Type de liens avec l'entourage et fréquence (mail, visite, téléphone,...) :

Personne à prévenir / personne de confiance

Nom / prénom : _____

Lien de parenté éventuel : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Mail : _____

SITUATION ADMINISTRATIVE

Orientation MDPH

Fin de validité : _____

Aide sociale hébergement
(fournir impérativement les
copies des notifications)

Fin de validité : _____

Droits sécurité sociale

Caisse d'affiliation :

100% ALD

ACS

Mutuelle

Organisme :

Carte d'invalidité

Fin de validité :

en cours

Nature des ressources

AAH fin de validité :

Autre prestation :

Observation(s) :

PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE LA DEMANDE

Nom / Prénom : _____

Lien avec l'intéressé(e) : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Mail : _____

II / RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Suivi médical :

Vaccination : _____

Dernière visite gynécologique : _____

Contraception : _____

Dernière consultation ophtalmologique : _____

Dernière consultation dentaire : _____

Sérologie : _____

Diagnostic et histoire de la maladie :

Antécédents (médicaux, chirurgicaux, ...) :

Antécédents de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif :

Antécédents de passage à l'acte suicidaire :

Traitement actuel :

Préciser si allergies connues :

Particularités des soins (difficultés rencontrées par le patient, phobies, tocs, ...) :

Conduite(s) addictive(s) :

Projets thérapeutiques mis en place (périodes et raisons du non aboutissement) :

Bilan de la dernière hospitalisation :

Motif de l'hospitalisation :

Si hospitalisation le jour de la demande :

Etablissement et adresse : _____

Service / unité / secteur : _____

Médecin référent : _____

Tel : _____

Mail : _____

Projet thérapeutique :

Objectifs et évaluation du projet thérapeutique en cours :

Motivations de la demande au FAM Hélianthe :

III / RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTONOMIE

VIE QUOTIDIENNE

Locomotion	<input type="checkbox"/> fait seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> ne fait pas
Toilette	<input type="checkbox"/> fait seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> ne fait pas
Continence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Habillage	<input type="checkbox"/> fait seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> ne fait pas
Alimentation	<input type="checkbox"/> fait seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> ne fait pas
Gestion du traitement	<input type="checkbox"/> fait seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> ne fait pas
Gestion de son budget	<input type="checkbox"/> fait seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> ne fait pas
Entretien de sa chambre	<input type="checkbox"/> fait seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> ne fait pas
Orientation temporo-spatiale			
se repérer dans le temps		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
se repérer dans l'espace		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
se repérer à l'intérieur de la structure		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
se repérer à l'extérieur de la structure		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

OBSERVATION(S) PARTICULIERE(S)

IV / HISTOIRE ET HABITUDES DE VIE DE LA PERSONNE

Éléments sur la petite enfance et sur la scolarité :

Diplômes scolaires ou professionnels :

Parcours professionnel et/ou causes d'inadaptation dans les ESAT, FH, ... :

Vie sociale :

Centres d'intérêt personnel, participation aux activités socio-éducatives :

V / PROJET DE LA PERSONNE

(Rubrique à compléter par la personne)

Votre nom et prénoms : _____

Votre date de naissance : _____

Quelles sont vos motivations pour intégrer notre foyer ? :

Quelles sont vos attentes si vous intégrez ce foyer ? :

Avez-vous des projets à plus long terme ? :

Avez-vous d'autres remarques ? :

Date :

Signature :