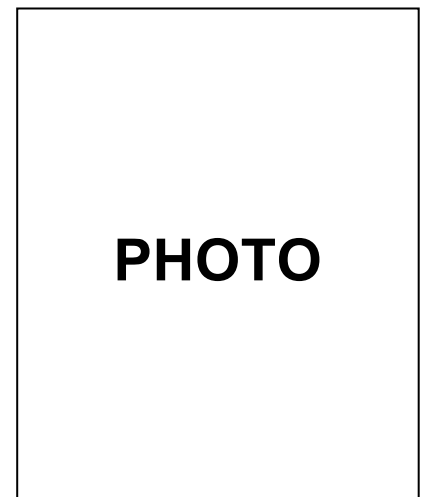


Dossier de Pré-admission FAM « Romain Jacob »



NOM _____ **PRENOM** _____

Dossier rempli le ____/____/ 2016

Par _____

Ce dossier est confidentiel. Il est à envoyer à l'adresse postale provisoire :
Centre Forja à l'attention de M. Jean-Paul Elmassian OVE
106/108 rue de l'ouest 75014 Paris

Attention : le volet C (données médicales) doit être transmis sous enveloppe cachetée avec la mention « **confidentiel – médical** à l'attention du médecin coordonnateur ».

Ce dossier ne revêt pas un caractère d'engagement et fera l'objet d'une réponse systématique.

MERCI DE FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Une copie de l'attestation de la Sécurité Sociale et de votre mutuelle
- Une copie de l'attestation « Responsabilité Civile »
- La notification d'orientation FAM de décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), ou l'attestation de dépôt de la demande MDPH
- Les volets A – B et C renseignés du présent dossier

En cas de difficultés à remplir ce dossier, vous pouvez contacter le directeur ou le médecin coordonnateur du FAM OVE Romain JACOB par mail : jeanpaul.elmassian@fondation-ove.fr ou fabienne.sala@fondation-ove.fr

VOLET A : FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS GENERAUX

NOM _____ PRENOM _____

NOM DE JEUNE FILLE _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Lieu de naissance _____

Nationalité _____

Adresse _____

Téléphone fixe _____ Portable _____

E-mail _____

Situation familiale

- Célibataire Marié (e) vit maritalement Pacsé (e)
 Séparé (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

Nombre d'enfants _____ dont à charge _____

Domicile

- Personnel Parental Conjugal Autre
 Locataire bailleur social Locataire bailleur privé Propriétaire

1 - Coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence

Nom et Prénom _____

Lien de parenté _____

Adresse _____

Téléphone _____

2 – Coordonnées de la personne de confiance (facultatif)

« La personne de confiance est une personne que vous nommez être l'interlocuteur face au corps médical si vous êtes dans l'incapacité d'exprimer votre volonté »

Nom et prénom _____

Lien de parenté _____

Adresse _____

Téléphone _____

3 – Situation professionnelle

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En emploi | <input type="checkbox"/> En arrêt maladie |
| <input type="checkbox"/> En congés longue maladie | <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi |
| <input type="checkbox"/> En formation scolaire ou universitaire ou professionnelle | |

Veuillez préciser vos disponibilités _____

4 – Renseignements administratifs

N° de SECURITE SOCIALE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Mutuelle

Nom et coordonnées _____

CMU-C

VOUS PERCEVEZ

- Des revenus du travail Indemnités Journalières Rente d'accident du travail
- Allocation **Adulte Handicapé (AAH)** Allocation **Compensatrice Tierce Personne (ACTP)**
- Pension d'invalidité Si oui **1^{ère} catégorie** **2^{ème} catégorie** **3^{ème} catégorie**
- R S A

M D P H

N° de dossier MDPH _____

Vous êtes titulaire de

- Carte d'invalidité Carte de priorité Autres droits MDPH ouverts

CAF

N° d'allocataire CAF _____

MESURE DE PROTECTION Oui Non

si oui, laquelle : Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle Autres

Coordonnées du responsable légal

5 – Coordonnées de la personne qui vous a orienté vers le FAM Romain Jacob

VOLET B : VOS BESOINS DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Cocher la case qui correspond à votre situation

	Sans aide	Avec l'aide d'un tiers	Assistante complète	Matériel utilisé
REPAS				
S'alimenter				
Préparer un repas				
Faire des courses				
HYGIENE CORPORELLE				
Toilettes (WC)				
HABILLAGE				
DEPLACEMENT				
Dans le domicile				
A l'extérieur				
Transferts (lit / fauteuil roulant...)				
ADMINISTRATIF				
GESTION FINANCIERE				
FORMALITES ADMINISTRATIVES				

Veillez indiquer vos attentes vis-à-vis du FAM Romain Jacob

Social

Ergothérapie

Vie sociale

Psychologie

Psychomotricité

Nursing

Autres

VOLET C : FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

*Attention, le volet C (données médicales) doit être transmis sous enveloppe cachetée avec la mention « **confidentiel – médical** à l'attention du médecin coordinateur».*

1- Renseignements concernant la pathologie

Quelle(s) est (sont) votre (vos) pathologie(s) et date de diagnostic

DEFICIENCES et TROUBLES

DEFICIENCE MOTRICE	DEFICIENCES ASSOCIEES
<input type="checkbox"/> Atteinte des quatre membres	<input type="checkbox"/> Visuelle
<input type="checkbox"/> Atteinte des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Auditive
<input type="checkbox"/> Atteinte de l'hémicorps droit	<input type="checkbox"/> Viscérale ou métabolique
<input type="checkbox"/> Atteinte de l'hémicorps gauche	<input type="checkbox"/> Intellectuelle
<input type="checkbox"/> Atteinte des membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition
<input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre/marche	<input type="checkbox"/> Epilepsie
	<input type="checkbox"/> Autres (douleurs, fatigabilité)

TROUBLES
<input type="checkbox"/> Du langage
<input type="checkbox"/> De la mémoire
<input type="checkbox"/> Du comportement
<input type="checkbox"/> De l'humeur

Autres _____

2- Traitements en cours

3- Suivi médical actuel

	NOM ou SERVICE (si hôpital)	ADRESSE	TELEPHONE
Médecin traitant			
Fréquence des RDV : _____ Date du dernier RDV : _____			
Médecin(s) Spécialiste(s)			
Fréquence des RDV : _____ Date du dernier RDV : _____			
Médecin(s) Spécialiste(s)			
Fréquence des RDV : _____ Date du dernier RDV : _____			
Médecin(s) Spécialiste(s)			
Fréquence des RDV : _____ Date du dernier RDV : _____			
Médecin(s) Spécialiste(s)			
Fréquence des RDV : _____ Date du dernier RDV : _____			
Infirmier			

Fréquence des RDV : _____		Date du dernier RDV : _____	
Kinésithérapeute			
Fréquence des RDV : _____		Date du dernier RDV : _____	
Orthophoniste			
Fréquence des RDV : _____		Date du dernier RDV : _____	
Psychothérapeute			
Fréquence des RDV : _____		Date du dernier RDV : _____	
Association d'aide à domicile			
Fréquence des RDV : _____		Date du dernier RDV : _____	
Aidant familial			
Fréquence des RDV : _____		Date du dernier RDV : _____	
Autres			

4- Vos attentes dans le domaine médical
