

## Dossier d'admission

« La maison des collines – Résidence d'Esquimbrecq »

rue de Gosselies 175 6183 Trazegnies (Belgique)

### 1) Renseignements administratifs

NOM :

PRENOM :

LIEU ET DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

ADRESSE :

#### FAMILLE :

NOM PRENOM DU PERE

NOM PRENOM DE LA MERE

.....

.....

ADRESSE DU PÈRE

ADRESSE DE LA MERE

.....

.....

.....

.....

NUMERO DE TELEPHONE

NUMERO DE TELEPHONE

.....

.....

EMAIL

EMAIL

.....

.....

<u>Fraterie</u> : Nom	Prénom	Date de naissance

- Quelle est la qualité des retours et contacts avec la famille ?

.....

.....

.....

▪ **Notification MDPH** (merci de fournir une copie de la notification)

Type :

Du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_

▪ **Notification aide sociale** (merci de fournir une copie de la notification)

Departement :

Du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_

▪ **Mutuelle** :

Nom et adresse :

Fin de prise en charge :

▪ **Sécurité sociale** :

Numéro de sécurité sociale :

Nom et adresse de la caisse :

Fin de prise en charge :

▪ **E111** (Merci de fournir une copie)

Numéro du E111

Jusqu'au \_\_/\_\_/\_\_\_\_

▪ **AAH** (Merci de fournir une copie)

Type d'orientation :

Date d'échéance :

Adresse AAH :

▪ **Tuteur légal**

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

## 2) Historique :

- Institution / Hôpital actuel :

Nom et service :

Adresse :

Téléphone :

Personne de contact :

- Parcours du résident : Institution / hôpital / famille

<u>Lieu</u>	<u>Période</u>

## 3) Synthèse, autonomie, dépendance.

- Habitudes alimentaires : .....

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

- Hygiène : .....

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

▪ Mobilité : .....

.....

.....

.....

.....

▪ Expression verbale : .....

.....

.....

.....

.....

▪ Compréhension : .....

.....

.....

.....

.....

▪ Habitudes de sommeil : .....

.....

.....

.....

.....

▪ Humeur : .....

.....

.....

.....

.....

▪ Orientation spatio-temporelle : .....

.....

.....

- .....  
.....
- **Relations humaines :** .....
- .....  
.....  
.....  
.....
- **Initiatives personnelles :** .....
- .....  
.....  
.....  
.....
- **Comportements inadéquats :** .....
- .....  
.....  
.....  
.....
- **Vie affective et Sexuel :** .....
- .....  
.....  
.....  
.....
- **Vie spirituelle :** .....
- .....  
.....  
.....  
.....
- **Fugues :** .....

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

▪ **Tabac / Alcool / Stupéfiant :** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

▪ **Loisirs du résident :** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

▪ **Demandes et besoins du résident :** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

▪ **Projet rêvé du résident :** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### 4) Renseignements médicaux

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Sexe : F - M

Contraception : OUI – NON

Taille : ..... cm

Poids : ..... kg

TA : ..... / ..... mmHg

Groupe sanguin : .....

▪ Diagnostic :

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

▪ Origine / Historique :

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

▪ Traitement actuel :

**Médicaments traitant l'affection de longue durée reconnue**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

**Médicaments SANS rapport avec l'affection de longue durée.**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

▪ **Autres antécédents médicaux :**

.....

.....

.....

.....

.....

▪ **Antécédents chirurgicaux :**

.....

.....

.....

.....

.....

▪ **Allergies et intolérances :**

.....

.....

.....

.....

.....



▪ Tabac / Alcool / drogues :

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

▪ Vaccinations :

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

▪ Soins à prévoir :

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

Autres informations utiles :

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

**Fait part :**

**Statut :**

**Date et signature**