



Dossier d'admission Renseignements médicaux

Établissement d'admission :

Foyer de vie Saint Rieul
714, rue de Drucy
60800 **TRUMILLY**
Tél. 03 44 59 24 35 - Fax 03 44 59 29 33

F.A.M. La Sagesse
Avenue des érables
60800 **CRÉPY-EN-VALOIS**
Tél. 03 44 87 84 84 - Fax 03 44 87 84 85

Renseignements médicaux

Ce dossier est un Document confidentiel
à faire remplir par le médecin traitant
et à **envoyer de façon dissocié du reste du dossier**
dans une enveloppe fermée adressée
au médecin de l'établissement.

A joindre dans une enveloppe dissociée une copie des différents bilans médicaux (comptes rendus d'hospitalisations ...).

Liste des documents à fournir

- Carte vitale
- Attestation de sécurité sociale
- Attestation mutuelle
- Carnet de santé (vaccinations en cours)
- Ordonnance renouvelable 3 mois

Diagnostic

CONFIDENTIEL

Pathologies psychiatriques

CONFIDENTIEL

Coordonnées du psychiatre suivant la personne :

Histoire de la maladie

CONFIDENTIEL

Date et survenue

→ Des premiers troubles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Des facteurs déclenchant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Séquelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pathologies associées

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Manifestations actuelles de la maladie

→ Changement de caractère :

→ Humeur – Comportement :

→ Délire* : Oui / Non Si oui, préciser :

→ Hallucinations* : Oui / Non Si oui, préciser :

*Rayer la mention inutile

Appareillage

→ Pour les déplacements (chaussures et/ou chaussons orthopédiques, semelles orthopédiques ...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Pour l'alimentation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Autres (prothèse dentaire, prothèse auditive ...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Médecin traitant/référent

→ Nom et Prénom :

.....

.....

→ Adresse :

.....

.....

.....

.....

.....

→ Téléphone :

.....

Dispositifs de soins

S'il y en a un, quel est ce dispositif de soins actuel ?

→ **Kinésithérapie*** : **Oui / Non**

Si oui, à quelle fréquence :

→ **Orthophonie*** : **Oui / Non**

Si oui, à quelle fréquence :

→ **Psychomotricité*** : **Oui / Non**

Si oui, à quelle fréquence :

→ **Psychothérapie*** : **Oui / Non**

Si oui, à quelle fréquence :

→ **Autres**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Présente-t-elle des troubles psychiques ?

→ **Oui / Non**

De quelle nature ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Rayer la mention inutile

