



Centre de Réadaptation
DE MAURS

Route de St Cirgues

15600 MAURS

☎ : 04.71.46.25.03

☎ : 04.71.46.25.04

@ : centredereadaptation.maurs@wanadoo.fr

Site internet : www.soinsrehabpsy.fr

DOSSIER

D'ADMISSION

PHOTO

Indispensable

ETAT - CIVIL

NOM
Prénom
Nom de jeune fille

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire

Marié

Divorcé

Veuf

Séparé

Pacsé

Date de naissance :
Lieu de naissance :
Nationalité :
Nombre d'enfants :

N O M Prénom Date de Naissance

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

Adresse personnelle

☎ Portable :

@ :

Acceptez-vous de recevoir des enquêtes et des informations :

Oui

Non

Adresse de la famille

☎ :

@ :

Acceptez-vous de recevoir des enquêtes et des informations :

Oui

Non

EN CAS D'ACCIDENT PERSONNE A PREVENIR

.....
.....

☎ personnel :

☎ travail :

☎ Portable :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Caisse d'affiliation :

Joindre l'attestation en cours de validité

☎ :

N° d'immatriculation :

Droits ouverts jusqu'au :

Exonération ticket modérateur

OUI, jusqu'au

NON

RESSOURCES OUI NON

Montant Début Fin

IND. JOURNALIERES

PENSION D'INVALIDITE

ALLOCATION A.E.E.H.

A.A.H.

ALLOC. CHOMAGE

R.S.A.

AUTRES, préciser

Organisme payeur et n° de dossier

Adresse :

☎ :

La personne est-elle hospitalisée actuellement ?

NON

OUI

Si oui, nom de l'établissement hospitalier

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

Nom de l'Assistante Sociale et adresse

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

Nom du Médecin Psychiatre traitant et adresse

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

Nom du Médecin Généraliste traitant et adresse

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

FORMATIONS SCOLAIRES ET PROFESSIONNELLES

Diplômes

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

Niveau d'études

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

Qualification professionnelle

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

Permis de conduire OUI NON

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

NATURE DE L'EMPLOI Adresse de l'employeur	DATES DEBUT	DATES FIN
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PAIEMENT DU FORFAIT HOSPITALIER

- INTERESSE
- FAMILLE
- BENEFICIAIRE C.M.U.C.
- MUTUELLE

Nom

Adresse

Numéro d'adhérent

DECISION M.D.P.H. OUI NON

Si OUI, lesquelles - Dates -

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

PROTECTION DES BIENS OUI NON

- TUTELLE
 - CURATELLE
 - SAUVEGARDE
- Date de la décision

Nom et adresse du tuteur ou curateur

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

☎ :

@ :

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

	NOM	Prénom	Date de naissance	Profession
PERE
MERE
FRATRIE

NATURE ET QUALITE DES RELATIONS DU CANDIDAT AVEC SA FAMILLE

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

ORGANISMES SOCIAUX QUI ONT CONNU LA SITUATION DE L'INTERESSE ?

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

DES ALTERNATIVES SONT-ELLES ENVISAGEES EN DEHORS DU CENTRE DE READAPTATION DE MAURS ?

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

VIE SOCIALE ET AUTONOMIE

NIVEAU D'AUTONOMIE

Toilette, hygiène

.....
.....

Gestion d'argent

.....
.....

RELATIONS SOCIALES

Ponctualité

.....
.....

Assiduité

.....
.....

CENTRES D'INTERETS ET ACTIVITES DE LOISIRS

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

CAPACITE A NOUER DES RELATIONS

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

AUTRES PRECISIONS (si nécessaire)

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

NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE AYANT REMPLI LE DOSSIER

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

☎:

Date

DOSSIER À RETOURNER À :

**CENTRE de READAPTATION de MAURS
Secrétariat Médical
Route de St Cirgues
15600 MAURS**



Centre de Réadaptation
DE MAURS

Route de St Cirques

15600 MAURS

☎ : 04.71.46.25.03

☒ : 04.71.46.25.04

@ : centredereadaptation.maurs@wanadoo.fr

DOSSIER

MEDICAL

À joindre au dossier d'inscription, sous Pli Confidentiel
au Psychiatre, Dr GALET .

CANDIDAT

NOM

Prénom

Date de Naissance

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

(Milieu familial, conditions d'éducation, placements éventuels, antécédents familiaux)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HISTOIRE PSYCHOPATHOLOGIQUE

ANTECEDENTS DE L'ENFANCE (alimentation, sommeil, maîtrise sphinctérienne, acquisition du langage, développement psychomoteur, développement cognitif, développement psycho-affectif, troubles du comportement. etc...)

ANTECEDENTS DE L'ADOLESCENCE (alimentation, troubles du comportement, troubles des conduites sexuelles, conduites addictives : alcool, toxicomanie etc...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE (Classification CIM 10 ou DSM III avec ses axes)

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

**TRAITEMENT ACTUEL
(Psychotropes, somatiques, contraception)**

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

SEJOURS HOSPITALIERS

<u>Etablissements</u>	<u>Lieu</u>	<u>Dates début /fin de séjour</u>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**QUELS SONT LES OBJECTIFS POUR CE PATIENT DE L'ORIENTATION SUR
LE CENTRE DE READAPTATION DE MAURS ?**

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

RESULTATS D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES

(Sérodiagnostic, E.E.G., Scanner, etc..)

Copie de l'interprétation du dernier E.C.G., **OBLIGATOIRE** à son admission au Centre de Réadaptation de MAURS

Historique des Traitements du patient (à joindre à l'admission)

VACCINATIONS

Copie des vaccinations, **OBLIGATOIRE** à son admission au Centre de Réadaptation de MAURS

POLIO	Dernier rappel le :
DIPHTERIE	Dernier rappel le :
B.C.G.	Dernier rappel le :
HEVAC C	Dernier rappel le :
TETANOS - <u>OBLIGATOIRE</u>	Dernier rappel le :

GROUPE SANGUIN

ALLERGIES CONNUES

CONTRE INDICATIONS MEDICAMENTEUSES

REGIMES SUIVIS

OBSERVATIONS PARTICULIERES

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN PSYCHIATRE AYANT REMPLI LE DOSSIER

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

☎ : **Date** :

Cachet