

DOSSIER D'ADMISSION
PARTIE "CERTIFICAT MÉDICAL"

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ - V.I.L.A.A.
Vie Individuelle dans un Lieu d'Accompagnement Adapté
24410 SAINT PRIVAT EN PÉRIGORD
Tél : 05 53 92 48 00 - Fax : 05 53 92 48 32

Ce dossier est à transmettre :
Au Cadre socio-éducatif du F.A.M.
CENTRE HOSPITALIER LA MEYNARDIE 24410 SAINT PRIVAT EN PÉRIGORD
ou par mail à c.roland@chicrdd.fr

Certificat médical à remplir en intégralité
par un Médecin placé sous pli confidentiel
et transmis au Secrétariat Médical en même temps que le dossier administratif.

NOM :

NOM de Jeune Fille :

Prénoms :

Né(e) le : à :

Profession et/ou activité antérieure :

Médecin traitant habituel :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Médicaux : principales maladies + dates, lieux, nature des hospitalisations (joindre les comptes rendus) :

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

Chirurgicaux : principales interventions + dates, lieux, nature des hospitalisations (joindre les comptes rendus) :

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

Allergies :

- Aux médicaments :
- Au soleil :
- Aux aliments :
- Autres :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

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

PATHOLOGIES ACTUELLES (PHYSIQUES ET PSYCHIQUES)

Indiquer les dates de début des pathologies, les symptômes observés, les étiologies retenues.

Histoire et diagnostic des pathologies principales :

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

Histoire et diagnostic des pathologies associées :

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

Les pathologies sont-elles stables :

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

Examens complémentaires récents (joindre les comptes rendus) – **Vaccinations** (à préciser) :

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

Traitements médicamenteux (et autres) actuels :

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

Soins infirmiers

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

Tolérance aux examens médicaux

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

Poids actuel : **Taille actuelle :**

INFORMATIONS SENSORIELLES

Audition

Évaluée Oui NON date :

Vision

Évaluée Oui NON date :

AUTRES Particularités SENSORIELLES

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

APPAREILLAGE

Port effectif de prothèses et/ou d'orthèses :

Le jour : auditive visuelle dentaire locomotrice
La nuit : orthopédique pour le sommeil pour préserver la peau

Autre (à préciser) :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

- La personne mémorise-t-elle les faits récents ?
- La personne s'oriente-t-elle correctement dans le temps ?
- La personne s'oriente-t-elle correctement dans l'espace ?
- Ses comportements sont-ils adaptés à son environnement actuel ?
- Ses réactions à la frustration sont-elles vives (paroles/actes) ?
- Inhibition ?
- Anxiété ?
- Dépression ?
- Agressivité ?
- Impulsivité ?
- Fugues ?
- Addictions ?
- Précisez

CONCLUSION – MOTIVATIONS MEDICALES DE LA DEMANDE D'ACCUEIL EN FAM

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

Fait à : **Le**
.....

Signature et cachet du Médecin :