

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**

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 :