

# DOSSIER D'ADMISSION

## Recueil de Données

### IDENTITE

---

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Nom de Jeune fille :** .....

**Date de naissance :** .... / .... / ....    **Lieu de naissance :** .....

**Adresse :** .....

.....

.....

**Téléphone :** .... / .... / .... / .... / ....

**N° Sécurité Sociale :** .....

**Caisse :** .....

---

**Date dépôt du Dossier d'admission :** ... / ... / ...

**Motif de la demande :** .....

.....

**Orientée par :** .....

---

**Date du Rendez-vous de Préadmission :** .... / .... / .....

**Date d'entrée dans le dispositif « Structure de répit » :** .... / .... / .....

## PRESENTATION

---

### Contexte familial

Situation Familiale : Célibataire  Vie maritale  Marié (e)   
Séparé (e)  Divorcé (e)  Veuf (ve)  depuis le : ... / ... / ...

Enfants : .....  
.....  
.....

### Entourage familial et Extra familial

La personne vit : Seule   
Avec conjoint   
Famille  Composition : .....  
.....

### Aidant principal

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Tél : .... / .... / .... / .... / ....

### Personne de confiance

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Tél : .... / .... / .... / .... / ....

Protection juridique : Aucune   
Sauvegarde de justice   
Curatelle   
Tutelle   
Nom du Mandataire : .....

**HISTOIRE DE VIE**

---

Profession(s) antérieure(s) : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Centres d'intérêts et activités (passées et actuels) : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Autres, Anecdotes : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## INTERVENANTS EXTERIEURS

---

	NOM Prénom	Téléphone	Adresse	Horaires et Fréquentation des interventions
Médecins traitant				
Neurologue				
Gériatre				
Infirmier(e)s				
Aides soignant(e)s				
Auxiliaire de vie sociale				
Psychologue				
Kinésithérapeute				
Orthophoniste				
Autres :				

## RENSEIGNEMENTS DIVERS

---

### Données médicales

MMS : ..... / 30

Prothèses :

Auditive :    Gauche                     Droite

Dentaire :    Haut                        Bas   

Lunettes :

Dispositifs médicaux :

Pacemaker

Autres : .....

Traitement particulier : Non

Oui  .....

Horaire de prise : .....

### Alimentation

Régime particulier : Non

Oui

Sans Sel (Hypertension)

Diabète

Autre : .....

.....

.....

Aversions alimentaires : .....

.....

.....

.....

### Autres

Fumeur : Oui     Non

Autre : .....

.....

.....