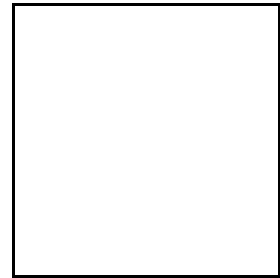


FICHE SIGNALÉTIQUE



Année :

N° d'adhérent :

N° d'utilisateur :

Nom : Prénom :

Date de naissance : à : Sexe : F : M :

N° de sécurité sociale :

Caisse de mutuelle et N° :

Assurance responsabilité civile de la personne (compagnie et n° de police) :

Coordonnées du responsable de la personne :

Nom : Prénom :

Adresse :

Fixe : Portable : Fax : Email :

Lieu de vie :

En famille Résidence service Appartement Structure hospitalière Autres

Nom de la structure :

Adresse :

Ville : Code postal :

N° de tél :

Nom du responsable de l'établissement ou référent :

La personne a-t-elle une relation de couple ? Nom du conjoint :

Souhaitent-ils partager la même chambre ? Oui Non

Accord des tuteurs des deux personnes : Oui Non

Lieu de travail :

Nom de l'établissement :

Adresse :

N° de tél :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Tél Fixe / Portable :

FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM : Prénom : Année :

Habitude de vie :	OUI	NON	Communication :	OUI	NON
Se réveille la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parle sans difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lève tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ne dit que des mots simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se couche tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait téléphoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultés de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aime se rendre utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin d'un objet en permanence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de cigarettes par jour	<input type="text"/>		Sait écrire son nom et prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alcool autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait faire son courrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sait décider et donner son avis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A table :	OUI	NON	Hygiène :	
A besoin d'un bavoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait se laver	<input type="text"/>
Se sert lui même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se brosse les dents	<input type="text"/>
Connaît les quantités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se rase seul	<input type="text"/>
Utilise le couteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait s'habiller	<input type="text"/>
Utilise la fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait choisir ses vêtements	<input type="text"/>
Utilise la cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les change régulièrement	<input type="text"/>
Se sert à boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lace ses chaussures seul	<input type="text"/>
A une bonne tenue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait se rendre aux W.C seul	<input type="text"/>
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sait faire mais a besoin d'être stimulé	<input type="text"/>
(A joindre)			pour tout	<input type="text"/>
<input type="text"/>			Pour les filles :	<input type="text"/>
			A t-elle encore ses règles ?	<input type="text"/>

Capacités :	OUI	NON	Ce que j'aime :
Sait gérer son argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sait compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A la notion du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sait lire l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repère les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bon marcheur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sait monter un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dors en lit superposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baignades autorisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sorties seules autorisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Ce que je n'aime pas :
			<input type="text"/>
			Vos conseils :
			<input type="text"/>

FICHE MEDICALE

 Age :

 Nom :

 Taille(hauteur) :

 Prénom :

 Pointure :

 Année :

 Poids :

Médecin généraliste :

 Nom, Prénom :

 N° de téléphone :

 Ville :

Médecin spécialiste :

 Spécialisation :

 Nom, Prénom :

 Ville :

 N° de téléphone :

Renseignements médicaux :

	OUI	NON
Encoprésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éthylisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Si oui, à préciser :

 Autre :

Troubles du comportement et de la personnalité :

	OUI	NON
Troubles du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifestations agressives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envers lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angoisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres et/ou explications :

Vaccination à jour :

(Joindre les photocopies)

Groupe sanguin :

(Joindre les photocopies de la carte)

 Niveau d'autonomie :

A	B	C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Voir grille d'évaluation)

Renseignements physiques:

	OUI	NON
Difficultés visuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés motrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Appareillage :

 Autres :

Traitements médicaux : (joindre obligatoirement l'ordonnance à jour) Le prend seul : OUI NON

Noms du médicament :

	Matin	Midi	Soir	Couché
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>