



**MUTUELLE :** (Préciser le n° et organisme) .....

.....

**INVALIDITE - ALLOCATION**

N° carte d'invalidité + taux d'incapacité reconnu par la CDAPH

**Pension :** *Type AAH ou autre à préciser :*

*Organisme :*

*Numéro :*

*Autres Allocations :* .....

.....

Le demandeur est-il actuellement sous le régime d'une sauvegarde de justice ?

Tutelle / Curatelle / Curatelle renforcée / pas de mesure

.....

Tuteur / Curateur : (Nom et adresse)

.....

.....

**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

Nom

Prénom

Père .....

Mère .....

Frère (s) .....

Sœur(s).....

*DOSSIER MEDICO - SOCIAL*

**Histoire personnelle (parcours institutionnel et familial)** vous pouvez joindre la copie de rapports éducatifs, évaluation psychologiques, bilan ou synthèse...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Situation actuelle** vie en structure d'accueil, accueil de jour, accueil en famille ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Motivation de la candidature et circonstances** (famille, établissement médico-social, hôpital psychiatrique, autre ...)

.....

.....

.....

.....

.....

## FDV - FAM - SAJ

### *Habitudes de vie*

Nom	Prénom
-----	--------

<b>Petit déjeuner</b>	<b>REPAS</b> ( <i>Alimentation mixée, allergies, particularités...</i> )
<b>Déjeuner</b>	
<b>Dîner</b>	

<b>MEDICAMENTS / CONTRACEPTION</b> (préciser si incompatibilité de traitement, particularité) joindre la copie de la dernière ordonnance
---

<b>TOILETTE ET HYGIENE PERSONNELLE</b>
<b>Matin</b>
<b>Soir</b>

<b>NUIT</b>
-------------

<b>SAJ</b> (Activités non praticables pour des raisons particulières)
--

<b>CIGARETTES</b>
-------------------

<b>OBSERVATIONS PARTICULIERES</b>
-----------------------------------

# FDV - FAM - SAJ

## DOSSIER MEDICAL

*A renvoyer sous enveloppe cachetée au Médecin de l'établissement*

NOM : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Taille : ..... Poids : .....

Type du ou des handicap(e)s).....

.....

Début approximatif des troubles

.....

Symptomatologie :

Handicap moteur (préciser)

.....

Handicap sensoriel (préciser)

.....

Niveau d'efficiéce intellectuelle (préciser le test utilisé) .....

Comitialité .....

Pathologie somatique (préciser) .....

.....

Troubles associés : (préciser) .....

.....

Eléments psychotiques (préciser) .....

Troubles caractériels (préciser).....

SUIVI MEDICAL :

Hospitalisations antérieures      oui                          non   

.....

.....

.....

Traitement médical                      oui                          non   

.....

.....

.....

**HOSPITALISATIONS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE :**

**Dates et lieux :**

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

**Evolution actuelle :**

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

**Traitement psychiatrique actuel :**

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

**Références du médecin psychiatrique**

.....  
.....

**Périodicité**

.....  
.....

**Nom du médecin généraliste traitant (nom, adresse, tel)**

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

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

**Interventions chirurgicales**

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

**Maladies**

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

**CAS PARTICULIERS :**

Hypertension : .....

Allergies :.....

Diabète : .....

Hémophilie :.....

Autres (préciser) .....

En cas de suivi par un spécialiste, préciser le nom, adresse, tel :

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

**VACCINATIONS (Dates) Copie du carnet de vaccination à jour**

Polio.....

BCG Monotest .....

Tétanos.....

**REMARQUES PARTICULIERES :**

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

A..... Le .....

Rempli par : Nom et qualité,

Tampon et signature du Médecin traitant