

 <p>Association Hospitalière DE BRETAGNE</p>	Documentation diverse	ASSO/ASOC/DIV N° 3
	DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SAVS	9 page(s)



Dossier d'admission SAVS de Glomel

Coatrennec Glomel

BP 11 - 22110 ROSTRENEN

Tel : 02.96.29.86.86

Fax : 02.96.29.86.50

Information

Madame, Monsieur,

Le dossier de demande d'admission est un élément important pour votre prise en charge.

Aussi, nous vous remercions par avance de toute l'attention que vous voudrez bien porter à remplir toutes les rubriques et à joindre les pièces demandées.

Si vous rencontrez des difficultés, vous pouvez nous contacter au 02 96 29 86 86.

Renseignements et situation administrative

Identité

Nom :

Prénom :

Né (e) le : A :

Adresse personnelle :

Code postal et ville :

Téléphone fixe :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale:

Caisse de :

Situation familiale

Etes-vous : Célibataire Marié(e) Pascé (e) Divorcé (e) Autre

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....

Protection juridique de la personne

Etes-vous sous tutelle ? Oui, Tutelle Simple ou Renforcée ----- Non

Etes-vous sous curatelle ? Oui, Curatelle Simple ou Renforcée ----- Non

Si oui,

Date du jugement :

Nom du tuteur :

Mesure confiée à : Père Mère Frère Sœur Service de tutelle Autre (merci de préciser):

Adresse du tuteur ou du curateur :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....

Adresse mail :

Parcours scolaire

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

Parcours professionnel

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

Orientation MDPH

N° du dossier :

Date de la notification :

Taux d'incapacité :

Catégorie :

Date de validité :

Mutuelle

N° d'adhérant :

Nom de l'organisme :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :/...../...../...../..... Téléphone portable :/...../...../...../.....

En cas de CMU (Couverture Maladie Universelle), joindre la copie de l'attestation CMU

Assurances

La personne a-t-elle une assurance *responsabilité civile (RC) ? Oui Non

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Renseignements divers

Ressources mensuelles de la personne (noter si AAH, salaire, invalidité...)

.....

.....

.....

.....

.....

Autonomie dans le transport

Possédez-vous le permis de conduire : Oui Non , Possédez-vous un véhicule : Oui Non

Si oui, date d'obtention du permis de conduire :

Si non, quel est votre moyen de locomotion ? Vélo Scooter VL sans permis

Renseignements et situation médicale

Suivi médical

Etes-vous suivi (e) par un médecin généraliste ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Nom du médecin :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Avez-vous un traitement médical ou une prescription journalière ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Avez-vous besoin d'aide pour la préparation de vos médicaments ? Oui Non

Handicap

Souffrez-vous d'un ou de plusieurs handicap(s) majeur(s) ? Oui Non

Si oui, lequel/lesquels ?

Interventions chirurgicales

Avez-vous subi une/des intervention(s) chirurgicale(s) importantes ? Oui Non

Si oui laquelle/lesquelles ?

..... date :

..... date :

Maladie professionnelle

Avez-vous une maladie professionnelle déclarée ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Vaccination

Merci de nous joindre une copie de votre carnet de vaccination.

Renseignements psychologiques

Ce document doit être complété et joints dans une enveloppe fermée à l'attention de Mme LE GUERN IMBERT, psychologue SAVS.

En cas de besoin, il est possible de contacter la psychologue au 02 96 29 86 86.

ETAT CIVIL

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance : / /

ANAMNESE (Situation familiale, parcours scolaire et institutionnel)

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

RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES

La personne a-t-elle :

	oui	non	préciser
Un suivi psychologique régulier (si oui, préciser la fréquence)			
Une déficience intellectuelle			
Une pathologie psychiatrique			
Des troubles du comportement (fugues, agressivité....)			
Des troubles de l'humeur			
Des troubles addictifs			
Une tendance à la dépression			
Des antécédents suicidaires			
Une épilepsie			

La personne a-t-elle déjà présentée :

	oui	non	préciser
Des hallucinations			
Un état délirant			

La personne a-t-elle déjà été :

	oui	non	préciser
Hospitalisée en hôpital psychiatrique (si oui, préciser la fréquence, la durée et le motif)			

La personne suit-elle :

Dans chacun des cas, si la réponse est oui, préciser le traitement prescrit

	oui	non	Préciser
Un traitement psychiatrique (prescrit par un psychiatre ou un médecin généraliste)			
Un autre traitement chronique (prescrit par un médecin spécialiste ou un médecin généraliste)			
Un traitement ponctuel (si oui, pour quelle raison)			

L'admission au SAVS de GLOMEL

La demande d'accompagnement social

- Qui est à l'origine de la demande ?

- La personne candidate
- Un établissement médico-social
- La famille
- L'organisme de tutelle
- Autre

- Avez-vous déjà bénéficié d'un service d'accompagnement à la vie sociale ? Oui Non

- Quels sont les motifs de la demande concernant l'accompagnement social?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....