|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Identité | | | |
| Nom |  | Prénom |  |
| Date de naissance |  | État civil | **Marié(e)  célibataire**  **Veuf(ve)  Séparé(e)**  **Divorcé(e)** |
| Adresse |  | | |
| N° téléphone(s) |  | E-mail |  |
| Confession |  | Directives Anticipées | **OUI  NON** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Référents famille/proches à contacter dans l’ordre | | | |
| Lien | **Nom, prénom** | Adresse | **Contact** |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Référent légal | | | |
| Êtes-vous au bénéfice d'une curatelle? | | **Oui – *merci de compléter ci-après*  Non** | |
| Nom, prénom | **Adresse** | N° téléphone | **E-mail** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Référent administratif | | | |
| Souhaitez vous que les factures et le courrier administratif soient envoyés à une tierce personne? | | ***Oui – merci de compléter ci-après*  Non** | |
| Nom, prénom | **Adresse** | N° téléphone | **E-mail** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Renseignements administratifs - Problèmes financiers signalés par la personne  non oui | | | |
| Assurance maladie |  | N° assurance |  |
| N° Carte d'assurance (20 chiffres) |  | N° AVS |  |
| Rente d'impotence | **Oui  Non** | Prestations complémentaires | **Oui  Non** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Renseignements médicaux | | | | |
| Médecin traitant  (Nom, prénom) |  | | Adresse du médecin  Téléphone |  |
| Psychiatre / Psychologue | | | **Nom-prénom : Tél :** | |
| Existe-t-il un autre intervenant pour les soins? (CMS, Infirmière indépendante, physio. ou autre...) | | | **Oui *– merci de compléter ci-après*  Non** | |
| Qui? (Etablissment ou nom, prénom) |  | | A quelle(s) fin(s) ? |  |
| Adresse |  | | Contact(s) |  |
| Souffrez-vous d'allergies ou d'intolérances? | **Non**  **Oui – *merci de compléter:***  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | Souffrez-vous d'une maladie chronique (diabète, épilepsie, ...) | **Non**  **Oui – *merci de compléter:***  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Suivez-vous un traitement médicamenteux? (merci de compléter indépendamment s’il y a des prises dans la SSJN ou pas) | | | **Oui *– merci de compléter ci-après*  Non**  **Insulino dépendant  Anticoagulants** | |
| Nom des médicaments | | **Dosage** | Posologie (mode d'emploi)-Fréquence des prises | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fréquence d'accueil  A quelle fréquence souhaiteriez-vous être accueilli(e) au Foyer de Jour? | **\_\_\_\_\_\_\_ jour(s) par semaine** | Quel(s) est/sont le(s) jour(s) de préférence? | **Lundi  Jeudi**  **Mardi  Vendredi**  **Mercredi  Indifférent** |
| Je souhaite pouvoir profiter de l'accueil du Foyer de Jour dès le : | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lieu |  | Date |  | Signature |  |