|  |
| --- |
| 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 médecinTéléphone  |  |
| 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 |  |