Les Myosotis
Accueil en journée
24 rue du Général Leclerc
67700 MONSWILLER

☎ : 03 88 01 78 25
secretariat.asado@gmail.com

RENSEIGNEMENTS

PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : ..... Prénom (s) : .....
Nom d'Usage : ..... Nom de jeune fille : .....Sexe : .
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Courriel (E-mail) : .....

Consentement : ▫ oui ▫ non ▫ indécise ▫ non-informée
N° Sécurité Sociale : .....

AIDANT PRINCIPAL / PERSONNE DE CONFIANCE

Nom : ..... Prénom : .....
Lien avec l'Accueilli(e) : .....
Adresse : .....
.....
Téléphone : ..... Portable : .....
Courriel (E-Mail) : .....

MESURE DE PROTECTION

Curatelle : ▫ OUI ▫ NON
Tutelle : ▫ OUI ▫ NON
Coordonnées : .....

MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....
Adresse : .....
.....
Téléphone : .....
Courriel (E-mail) : .....
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : .....
.....
TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX : .....

.....

SOINS à DOMICILE

IDE : ..... **AIDE-SOIGNANT :** .....**AVS :** .....
Nom :..... Nom : .....Nom : .....
Fréquence :..... Fréquence : .....Fréquence : .....
Horaires : ..... Horaires : .....Horaires : .....

HISTOIRE DE VIE

Date de naissance : .....Lieu de naissance : .....

Situation familiale : ▫ Marié (e) ▫ Veuf (ve) ▫ Divorcé (e) ▫ Concubinage (e) ▫ Célibataire
Nombre d'enfants : .....

- Nom et prénom : .....
- Nom et prénom : .....
- Nom et prénom : .....
- Nom et prénom : .....

Ancienne profession : .....
Religion : .....
Anciens loisirs :

- Activités sportives et de plein air : .....
- Activités ludiques : .....
- Activités manuelles et artistiques : .....
- Activités culturelles :.....
- Activités sociales :.....

HABITUDES ALIMENTAIRES

- Sucrées ▫ Oui ▫ Non
- Autres : .....
- Aliments :

Aliments appréciés : .....
Aliments non appréciés : .....

Consistance : ▫ normale ▫ coupé ▫ coupé fin
▫ Haché ▫ mixé ▫ semi-liquide

- Régime particulier :

▫ Aucun ▫ Diabétique ▫ Sans sel
▫ Sans alcool ▫ Hypocalorique

Allergies : ▫ Oui ▫ Non

CAPACITÉS SENSO-MOTRICES

- **Vision** : ▫ bonne ▫ mauvaise ▫ non-voyant ▫ lunettes

- **Audition** : ▫ bonne ▫ mauvaise ▫ assez bonne ▫ surdité ▫ appareillage

- **Mobilité** :

Moyen de locomotion :

▫ Aucun ▫ Avec un déambulateur ▫ En fauteuil roulant
▫ Avec 2 cannes ▫ Avec 1 canne
▫ Avec 2 tiers ▫ Avec 1 tiers

Lieu de déplacement :

▫ A l'intérieur ▫ À l'extérieur ▫ En ville ▫ Seul ▫ Accompagné
▫ Au supermarché

- Port de prothèses dentaires : ▫ Oui ▫ Non ▫ Haut ▫ Bas
- Port de protections : ▫ Oui ▫ Non Si oui, quel type …….
- Accompagnement aux WC : ▫ Oui ▫ Non

HUMEUR / COMPORTEMENT

- Communication :

Expression : ▫ Bonne ▫ Difficulté d'élocution ▫ Mutisme
Cohérence : ▫ Bonne ▫ Moyenne ▫ Mauvaise
Orientation temporelle : ▫ Bonne ▫ Moyenne ▫ Mauvaise
Orientation spatiale : ▫ Bonne ▫ Moyenne ▫ Mauvaise

- Humeur :

▫ Anxiété ▫ Euphorie ▫ Idées suicidaires
▫ Dépression ▫ Apathie ▫ Mélancolie
▫ Tristesse ▫ Irritabilité ▫ Euphorie

- Niveau de sociabilité : ▫ Bon ▫ Moyen ▫ Repli sur soi

- Vie en groupe :

▫ Appréciée ▫ Difficile ▫ Contacts superficiels
▫ Vie solitaire ▫ Contacts approfondis
▫ Besoin de sollicitation : ▫ Oui ▫ Non ▫ Parfois

ACTIVITÉS ET LOISIRS

- Activités / centre d'intérêts :

▫ Lecture	▫ Marche	▫ Broderie
▫ Cinéma	▫ Jardinage	▫ Couture
▫ Théâtre	▫ Arts plastiques	▫ Tricot
▫ Expositions	▫ Piscine	▫ Jeux de société
▫ Musique	▫ Mots croisés	▫ Sport
▫ Bricolage	▫ Cuisine	

Autres : ……
……

Documents à joindre : Carte d'identité.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ledit dossier.

Fait à ..... Le……

Signature :

Nota : il est rappelé que tous ces renseignements sont considérés comme confidentiels.