

DOSSIER CONFIDENTIEL MÉDICAL ET D'ADMISSION



Le Tchession ASBL

Rue Renier Brialmont, 1 – 4960 Xhoffraix 0032 80 64 35 90

direction@tchession.be

IBAN : BE84 7320 3272 8659 - Numéro entreprise BCE08 4974 2467

Service Agrée par l'AVIQ – APC194

1. RENSEIGNEMENT GÉ NÉRAUX

NOM :

PRÉNOM (s) :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Adresse complète : -

-

-

Téléphone :

Portable :

Lieu de vie actuelle :

Situation familiale :

2. **REPRÉSENTANT LÉGAL :**

La personne bénéficie-t-elle d'un représentant légal : **OUI - NON**

Coordonnées complètes du représentant légal ?

- NOM et PRÉNOM du représentant légal :

- Adresse du représentant légal :

- Adresse email :

- Numéro de téléphone : -----

- Numéro de portable : -----

3. BIOGRAPHIE DE LA PERSONNE

- Antécédents familiaux et institutionnels :

- Contacts réguliers avec la famille : **OUI – NON**

Si OUI :

Par téléphone : **OUI - NON**

Visite de la Famille : **OUI – NON**

Retour famille : **OUI– NON**

LIEU :

4. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- **Orientation MDPH**

Foyer de vie

Foyer d'Accueil Médicalisé

Maison d'Accueil Spécialisé

Date de Validité :

- Numéro de Sécurité Sociale : -----

- Coordonnées de la CPAM d'affiliation :

- Coordonnées de la mutuelle complémentaire :

- Notification d'aide sociale :

- Ressources :

- Carte d'identité ou passeport :

Date de validité : -----

5. **RENSEIGNEMENTS MÉDICO – PSYCHIATRIQUES**

- Médecin traitant :

- Groupe Sanguin :

- Antécédent et anamnèse psychiatrique (pathologie) :

6. **LES DONNÉENNES PERSONNELLES :**

6.1 INFORMATIONS MÉDICALE

- Antécédent (naissance et petite enfance) :

- Interventions chirurgicales :

- Maladies Cardiaques :

- Maladies infectieuses et / ou contagieuses :
-

- Maladies sexuellement transmissibles :
-

- Contraception éventuelle : **OUI – NON**

Laquelle : -----

- Vaccinations :

- Epilepsie :

- Crises : Absences Petit mal Grand mal
 Incontinence de jour ou de nuit

Fréquence des Crises ?

Facteurs déclencheurs de la crise ?

- La médication :

Matin :

Midi :

Soir :

Coucher :

Le traitement a-t-il été modifié récemment ou est-il instauré depuis plus d'une année ?

Oui – NON Remarques

Y a-t-il un traitement occasionnel (en cas d'agitation) ? OUI – NON

Si oui, Lequel ?

6.2 INFORMATION SOMATIQUE

- État de la Dentition :

Port d'un appareil dentaire ? OUI – NON

- État de la Vue :

Problème de vue : **OUI – NON**

Port de Lunettes : **OUI – NON**

- État de l'Audition :

Entend normalement : **OUI – NON**

Difficulté d'audition : **OUI – NON**

Surdité complète : **OUI – NON**

Appareillage : **OUI – NON**

- État de la Continence :

Continence : **OUI – NON**

Incontinence occasionnelle : **OUI – NON**

Incontinence Urinaire Diurne : **OUI – NON**

Incontinence Urinaire Nocturne : **OUI – NON**

Incontinence des deux sphincters : **OUI – NON**

Remarques :

6.3 INFORMATIONS DIÉTÉTIQUES

- Les Allergies :

- Troubles digestifs et / ou régimes particuliers :

- Troubles alimentaires :

Tendance Boulimique : **OUI – NON**

Tendance Anorexique : **OUI - NON**

Sujet aux Fausses Déglutitions : **OUI – NON**

Potomanie : **OUI – NON**

Ingestion d'objets : **OUI – NON**

Aucun : **OUI – NON**

Autres : -----

7. LES CONDUITES ADDICTIVES

- Respect des règles institutionnelles : **OUI – NON** ;
- Tabac : Actuellement (Quantité :) – Par le passé – Néant ;
- Alcool : Actuellement (Quantité :) – Par le passé – Néant ;
- Drogues : Actuellement (Quantité :) - Par le passé – Néant ;
- Psychotropes : Actuellement (Quantité :) – Par le passé – Néant ;
- Consommation anormale d’une médication : Actuellement (Quantité :) – Par le passé – Néant ;
- Pyromanie : Actuellement – Par le passé – Néant ;
- Jeu : Actuellement – Par le passé – Néant ;
- Petite délinquance (vol, perversité,) Actuellement – Par le passé – Néant ;
- Fugues, Errance : Actuellement – Par le passé – Néant

Remarques :

8. RENSEIGNEMENTS SOCIO – ÉDUCATIFS

- Traits de personnalité :

Type d’agressivité	Grande	Moyenne	Faible	Aucune
Auto-agressivité				
Hétéro-agressivité				
Agressivité verbale				
Agressivité gestuelle				
Agressivité réactionnelle				
Agressivité environnemental				

Le Tchession ASBL

Rue Renier Brialmont, 1 – 4960 Xhoffraix 0032 80 64 35 90

direction@tchession.be

IBAN : BE84 7320 3272 8659 - Numéro entreprise BCE08 4974 2467

Service Agrée par l’AVIQ – APC194

e				
---	--	--	--	--

- Comportements particuliers :

- Éléments psychologiques (angoisses, présences d'obsession, fragilité)

Signes :

Fréquences :

- Sexualité (peu ou très présente, recherche affective, troubles comportementaux) :

-
- La sexualité est-elle compatible avec la vie en collectivité ?
-
-

- Loisirs, activités préférées, occupations, sorties, habitudes ...
-
-
-
-
-

9. RENSEIGNEMENTS SUR SON AUTOGESTION

- Forme de communication et langage

Écrit : **OUI – NON**

Oral : **OUI – NON**

Si NON Langage des Signes : **OUI – NON**

Une phrase simple **OUI – NON**

Une demande : **OUI – NON**

Langage inexistant : **Oui – NON**

Expression par Cris : **Oui – NON**

Autres méthodes (makaton, pictogrammes, ...) **OUI – NON** : Lesquelles :

Description :

Le Tchession ASBL

Rue Renier Brialmont, 1 – 4960 Xhoffraix 0032 80 64 35 90

direction@tchession.be

IBAN : BE84 7320 3272 8659 - Numéro entreprise BCE08 4974 2467

Service Agréé par l'AVIQ – APC194

- Capacité à veiller à son hygiène :

TÂCHES	SEUL(E)	AVEC AIDE	SANS AIDE
SE LAVER			
S'ESSUYER			
S'HABILLER			
ALLER AUX TOILETTES			

Remarques :

- Les déplacements

TYPE DE DÉPLACEMENT	SEUL(E)	AVEC AIDE	DÉPENDANCE
Marche			
Se déplace en fauteuil roulant			
Se déplace avec déambulateur			
Peut maintenir la station debout			
Peut se déplacer en transport en commun			

- Orientation spatiale :
 - Dans un grand espace : **OUI – NON**
 - Dans un petit espace : **OUI – NON**
 - Se déplace seul€ dans un centre commercial : **OUI – NON**
 - Désorientation : **OUI – NON**
- Orientation temporelle :
 - A court terme : **OUI – NON**
 - A long terme : **OUI – NON**
 - Désorientation dans le temps : **OUI – NON**

- Mémoire :

Évoque des faits récents : **OUI – NON**

Évoque des faits anciens : **OUI – NON**

Aucune évocation cohérente : **OUI – NON**

Remarques :

• Les Repas :

TÂCHE	SEUL(E)	AVEC AIDE	DÉPENDANCE
Utilise une fourchette			
Utilise un couteau			
Coupe sa viande			
Se verse à boire			

Eau gélifiée : **OUI – NON**

Aliments mixés : **OUI – NON**

Aliments Coupés : **OUI – NON**

Régimes alimentaires spécifiques : **OUI – NON**

Lesquels :

Le Tchession ASBL

Rue Renier Brialmont, 1 – 4960 Xhoffraix 0032 80 64 35 90

direction@tchession.be

IBAN : BE84 7320 3272 8659 - Numéro entreprise BCE08 4974 2467

Service Agrée par l'AVIQ – APC194

Remarques :

- Les acquis :

	SEUL(E)	AVEC AIDE	DÉPENDANCE
LIRE			
ECRIRE			
LIRE L'HEURE			
Appliquer une consigne simple			

Capacité de concentration : **OUI – NON**

Durée :

Avec aide : **OUI – NON**

Remarque :

Ce document à pour but de connaître le mieux possible la personne. N'hésitez donc pas à y ajouter toutes les informations complémentaires que vous jugeriez utile de nous communiquer.

La Direction

Service Résidentiel Le Tchession

Le Tchession ASBL

Rue Renier Brialmont, 1 – 4960 Xhoffraix 0032 80 64 35 90

direction@tchession.be

IBAN : BE84 7320 3272 8659 - Numéro entreprise BCE08 4974 2467

Service Agrée par l'AVIQ – APC194