



Réhabilitation Psychosociale Centre de Proximité

Association Educative du Mas Cavailiac

79, avenue Jean Jaurès – 30900 NIMES

☎ (ATT) 04.66.36.75.90 Fax : 04.66.36.65.56

☎ (HDJ) 04.66.27.69.88

💻 basedaccueil.aemc@mas-cavaillac.com

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

ATT

*Appartements Thérapeutiques de
Transition*

-

HDJ

Hôpital de jour

NOM :

Prénom :

Dossier rempli le :



CENTRE DE POST-CURE ET DE READAPTATION LE PEYRON

ASSOCIATION EDUCATIVE DU MAS CAVAILLAC

Siège Administratif et Financier

Route de Laparot – 30120 MOLIERES CAVAILLAC

Tél. : 04.67.81.64.35 – Fax : 04.67.81.27.69 – Email : aemc@mas-cavaillac.com

1. DOSSIER ADMINISTRATIF / ETAT CIVIL / RENSEIGNEMENTS

IDENTITE DU SERVICE OU DE LA PERSONNE PRÉSENTANT LA DEMANDE

Nom du service :

Adresse :

Téléphone : Email :

Nom du médecin :

Nom de l'assistante sociale et coordonnées :

Référent soignant :

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom d'usage : **Prénoms** :

Nom de jeune fille (si concerné) :

Sexe : F M

Né(e) le : .. / .. / .. à

Nationalité :

Adresse :

Domiciliation : Oui Non **Lieu** :

Téléphone :

Adresse email :

CNI : Oui Non En cours

Carte de séjour : Oui Non En cours

SITUATION FAMILIALE

Célibataire En couple Marié(e) Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Depuis :

Conjoint (*nom, coordonnées*) :

.....

Enfant(s) : Oui Non

Noms, âges, droits etc. :

.....

Parents (noms, coordonnées, relations etc.) :

Mère :

Père :

Fratrie (noms, coordonnées, relations etc.) :

.....

Liens avec les membres de sa famille :

.....



N°CPAM/MSA :

Couverture de base : Oui Non - ALD : Non Oui

Caisse : CPAM MSA Autre - Département :

Complémentaire : CSS *Fin de droits* :

Mutuelle :

Sans En cours

Prestations / Ressources (type et montants) :

CAF : n°

MDPH : n°

Orientation : ESAT Milieu ordinaire RQTH Autre :

Dettes :

GESTION DES BIENS

Gère seul(e) et/ou aidé par un proche Demande en cours - date :

MJPM : Sauvegarde Curatelle simple Curatelle renforcée Curatelle aménagée

Tutelle MASP MAJ Habilitation familiale Autre :

Coordonnées :

Autres intervenants sociaux (service social, association etc.) – précisez la nature et les

coordonnées :

2. PARCOURS SCOLAIRE / PRISE EN CHARGE SPECIALISEE / PARCOURS PRO

SCOLARITÉ

Niveau d'étude :

Acquisitions : Lecture Ecriture Numération

Diplômes :

PARCOURS PROFESSIONNEL

FORMATION PROFESSIONNELLE

Milieu ordinaire :

Milieu protégé :

Diplômes :



EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Type :

Durée :

SOCIO-EDUCATIF

LOISIRS ET SPORTS

Pratiqués :

Souhaités :

HABILETES PERSONNELLES ET SOCIALES - AUTONOMIE

• **Hygiène corporelle :**

Toilette : autonomie totale autonomie partielle (fait avec aide) aucune autonomie

Vêtire : autonomie totale autonomie partielle (fait avec aide) aucune autonomie

• **Vie quotidienne :**

Entretien du lieu de vie : autonomie totale autonomie partielle (fait avec aide)
 aucune autonomie

Entretien du linge : autonomie totale autonomie partielle (fait avec aide)
 aucune autonomie

Confection des repas : autonomie totale autonomie partielle (fait avec aide)
 aucune autonomie

Déplacements : autonomie totale autonomie partielle (fait avec aide)
 aucune autonomie

Utilisation des transports en commun : autonomie totale autonomie partielle (fait avec aide)
 aucune autonomie

• **Gestion de l'argent de vie :**

A la semaine : Oui Non À évaluer

Au mois : Oui Non À évaluer

Possibilité d'établir un budget : Oui Non À évaluer

Besoin d'aide pour les achats : Oui Non À évaluer

• **Comportement :**

Agressivité : Oui Non

Risque de fugue : Oui Non

Aptitude à demander de l'aide lors de difficultés rencontrées : Oui Non

Le sujet a-t-il déjà eu des expériences de vie autonome : Oui Non *Si oui durée :*



3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

Cette partie peut être séparée et adressée directement sous pli cacheté au médecin de l'établissement.

Nom du médecin chef de service :.....

Dossier établi par le Docteur :.....

Date :

Pour Mme ou M. :

ELEMENTS DE BIOPGRAPHIE et SOCIAUX

Eléments biographiques (lieu de vie, parcours familial et personnel) :

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

Scolarité et parcours professionnel:.....

.....
.....

Ressources financières:

.....
.....

Orientation MDPH :

.....
.....

Mesure de protection :

.....
.....

Personnes ressources:

.....
.....

BILAN PSYCHIATRIQUE

Motif de la prise en charge psychiatrique actuelle :

.....
.....

Diagnostic(s) actuel(s) :.....

.....



.....
Histoire de la maladie (âge de début, parcours de soins, nombres et motifs des hospitalisations) :
.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents suicidaires :.....
.....
.....

Antécédents familiaux psychiatriques :.....
.....
.....

Toxiques :.....
.....
.....

Examen clinique actuel (principaux symptômes actuels) :.....
.....
.....

➤ Niveau de rémission symptomatique : partielle totale

Fonctionnement quotidien actuel :

- Autonomie administrative et financière : Faible Moyenne Bonne
- Relations sociales : Faible Moyenne Bonne
- Activité(s) scolaire(s) et/ou professionnelle(s) : Oui Non

Précisions :.....
.....

- Gestion de l'hygiène personnelle Oui Non
- Entretien du lieu de vie Oui Non

➤ Niveau de rémission fonctionnelle : partielle totale



Connaissance et gestion de sa pathologie :

- Conscience des troubles : Faible Moyenne Bonne
- Observance du traitement : Faible Moyenne Bonne
- Adhésion aux soins : Faible Moyenne Bonne
- Gestion de sa santé psychique : Faible Moyenne Bonne
- Gestion de sa santé physique : Faible Moyenne Bonne

BILAN SOMATIQUE

Antécédents somatiques :

.....
.....

Allergies :

.....
.....

Poids : Taille : IMC :

- Contraception en cours (*pour les femmes*) : Oui Non
- Vaccinations à jour : Oui Non
- Vaccination COVID19 : Oui Non
- Trouble déglutition : Oui Non
- Bactérie Multi Résistante (BMR) connue: Oui Non
- Séjour récent à l'étranger (moins de 3 mois) : Oui Non Pays :

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Nom du médicament et posologie :

-
-
-
-
-
-

Conciliation médicamenteuse réalisée : Oui Non

PROJET THÉRAPEUTIQUE ET DE RÉHABILITATION



Demandes et plaintes actuelles du sujet :

.....

.....

.....

.....

.....

Objectifs thérapeutiques et de vie identifiés :

.....

.....

.....

.....

.....

Motif(s) de la demande de prise en charge aux ATT et/ou HDJ :

.....

.....

.....

.....

Fait par le Dr

Signature



4. LISTE DES DOCUMENTS À TRANSMETTRE POUR L'ADMISSION *(copies)*

PIÈCES À FOURNIR <i>Médicales et administratives</i>	DOCUMENTS FOURNIS
Compte-rendu d'hospitalisations passées + bilans <i>(neuropsychologique par ex.)</i>	<input type="checkbox"/>
Bilan sanguin standard de moins de 15 jours	<input type="checkbox"/>
Copie des vaccins ou certificat de vaccination	<input type="checkbox"/>
Carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité	<input type="checkbox"/>
Attestation CPAM à jour + carte vitale	<input type="checkbox"/>
Carte de mutuelle ou attestation de droits à la CSS <i>(anciennement CMUC et ACS)</i>	<input type="checkbox"/>
Justificatifs des revenus des 3 derniers mois <i>(notification CAF, pôle emploi, indemnités journalières, pension d'invalidité, bulletin de salaire, retraite etc.)</i>	<input type="checkbox"/>
Notifications MDPH <i>(AAH, orientations, RQTH etc.)</i>	<input type="checkbox"/>
Copie du jugement de mesure de protection juridique <i>(si concerné)</i>	<input type="checkbox"/>
Avis d'imposition ou non-imposition N-1 + N-2 <i>(ou à défaut l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu)</i>	<input type="checkbox"/>
Justificatif de domicile ou d'élection de domicile <i>(domiciliation)</i>	<input type="checkbox"/>
1 photo d'identité <i>(facultatif)</i>	<input type="checkbox"/>

