**ASSOCIATION L'AMITIE**

Association l’Amitié - à but non lucratif -

**DOSSIER DE PRE-ADMISSION - SAMSAH -**

**NOM :**

**PRENOM :**

**Ce dossier est confidentiel. Il est à adresser au secrétariat du SAMSAH.**

**Il ne revêt pas un caractère d’engagement et fera l’objet d’une réponse dans un délai d’un mois.**

**SAMSAH**

**Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés**

193, Avenue Jean-Jaurès

51100 REIMS

**✆**: 03.26.35.19.49

: 03.26.24.13.98

Association l’Amitié - à but non lucratif -

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

E-mail : @

Situation familiale

🞏 Célibataire 🞏 Marié(e) 🞏 vit maritalement 🞏 Pacsé(e)

🞏 Séparé(e) 🞏 Divorcé(e) 🞏 Veuf (ve)

Nombre d’enfants : dont à charge :

Mesure de protection : 🞏 Oui 🞏 Non

Nom et adresse :

Situation sociale

* Numéro de sécurité sociale :
* Régime d’assurance maladie :
* Numéro d’allocataire CAF :
* Mutuelle :
* CMU :

Domicile

🞏 Personnel 🞏 Parental 🞏 Conjugal 🞏 Autre

🞏 Locataire bailleur social 🞏 Locataire bailleur privé 🞏 Propriétaire

**COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR**

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

En activité Sans activité

🞏 En emploi 🞏 En recherche d’emploi

🞏 En arrêt maladie 🞏 RSA

🞏 En longue maladie 🞏 AAH

🞏 En formation 🞏 Pension invalidité

(Scolaire, universitaire, professionnelle) 🞏 Retraité(e)

En cas d’activité veuillez préciser vos disponibilités :

**SITUATION SOCIALE**

* Service(s) intervenant à domicile (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordonnées du service : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fréquence des interventions : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Loisir(s) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Participation (précisez le(s) jour(s)) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FICHE MEDICALE**

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

Pathologie principales et associées :

* Antécédents familiaux :

* Antécédents médicaux :

* Antécédents chirurgicaux :

* Allergies connues :

* Conduites addictives connues : 🞏 Tabac 🞏 Alcool

🞏 Toxiques 🞏 Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Etat dentaires : (Prothèse, Pivot…)
* Régime Alimentaire : 🞏 OUI 🞏 NON
* Taille : Poids : I.M.C :

Traitement actuel : *(Fournir les photocopies)*

L’intéressé sait gérer son traitement seul : 🞏 OUI 🞏 NON

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ACTUELle**

🞏 C.M.P (Centre Médico-psychologique) :

🞏 Hôpital de Jour 🞏 Autre à préciser :

Nom du Médecin Psychiatre :

Nom du Référent Infirmier :

L’intéressé est-il capable de se rendre à ses rendez-vous médicaux et paramédicaux : 🞏 OUI 🞏 NON

**Vos attentes vis-à-vis du SAMSAH**

🞏 Social :

🞏 Vie quotidienne :

🞏 médical-paramédical :

**MERCI DE FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

* **Une copie recto-verso de la pièce d’identité ;**
* **Une copie de l’attestation de la Sécurité Sociale et de votre mutuelle ;**
* **Une copie de l’attestation « Responsabilité Civile » ;**
* **La notification d’orientation SAMSAH de décision de la Commission des Droits et de l’autonomie des Personnes (CDAPH), (si elle est en votre possession) ;**
* **Un justificatif de domicile ;**
* **Un certificat médical CERFA de la MDPH ;**
* **Une attestation de jugement de tutelle (cas échéant) ;**
* **La copie du dernier avis d’imposition ;**
* **Un compte rendu médical ;**
* **Une copie des traitements actuels.**

**Tout dossier incomplet ne pourra aboutir**

**Dossier rempli le : / / Par :**

***En cas de difficultés à remplir ce dossier, vous pouvez contacter le SAMSAH.***