



Fiche de pré-admission

1/2

PARTIE ADMINISTRATIVE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

N° de sécurité sociale :

N° CDAPH :

Orientation CDAPH :

Début de validité d'orientation :

Fin de validité d'orientation :

Autonomie dans les transports en commun : Oui

Non

Mesure de protection :

Tutelle

Curatelle

Curatelle 512

Date du jugement :

Coordonnées de l'organisme protecteur ou du parent assumant la protection des biens :

Établissement de provenance :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Nom du référent dans l'établissement :

INFORMATIONS MEDICALES CONFIDENTIELLES
(à mettre sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'Etablissement)

Nom : _____ Prénom : _____

Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone :

Généraliste référent

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone :

Médecin spécialiste (psychiatre ou autre)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Handicap principal motivant la demande (si le handicap est connu) :

Troubles associés :

Traitements médicamenteux :

Groupe sanguin :