

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET PERSONNELS

*Elle est destinée à l'élaboration du projet d'accompagnement individualisé de la personne accueillie.*

### Personne accueillie :

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Date et lieu de naissance : ..... / ..... / ..... à .....  
Adresse : .....  
.....

### Conjoint :

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : - Domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
- Travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
- Portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

### Personne référente (si ce n'est pas le conjoint) :

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : - Domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
- Travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
- Portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

### Coordonnées de la famille ou de l'entourage :

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : - Domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
- Travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
- Portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone : - Domicile : ..... / ..... / ..... / .....

- Travail : ..... / ..... / ..... / .....

- Portable : ..... / ..... / ..... / .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone : - Domicile : ..... / ..... / ..... / .....

- Travail : ..... / ..... / ..... / .....

- Portable : ..... / ..... / ..... / .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone : - Domicile : ..... / ..... / ..... / .....

- Travail : ..... / ..... / ..... / .....

- Portable : ..... / ..... / ..... / .....

 **Connaissance de la personne** :

**Profession exercée** : .....

**Mesure de protection judiciaire** : Oui  Laquelle..... Non

Si oui, nom et adresse du tuteur : .....

Téléphone : .....

**A.P.A. (Allocation personnalisée d'autonomie)** : Oui  Non

GIR attribué : 1  2  3  4  5  6

**Protection sociale** :

Caisse : .....

Adresse : .....

N° d'immatriculation : ..... / .....

Mutuelle : .....

Adresse : .....

Numéro d'adhérent : .....

Caisses de retraite (noms) : .....

**Situation au domicile :**

Vit seul(e)  Avec conjoint  Avec enfants

Autre

Préciser : .....

**Médecin traitant :** Docteur .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Intervenants à domicile :**

IDE  SSIAD  Service d'aide à domicile

Kinésithérapeute  Orthophoniste

Autre

Préciser : .....

**Comportements à l'égard des médicaments :**

Prise aisée  Opposition

Stratégie habituelle facilitant la prise : .....

**Comportements à l'égard des soignants :**

Calme  Agressivité  Opposition

**Comportement alimentaire :**

Régime alimentaire : Oui  Non

Si oui, lequel : .....

Texture : Mixée  Hachée  Normale

Aliments préférés : .....

Aliments à éviter : .....

A l'habitude de boire de l'alcool : Oui  Non

Quantité : .....

**Informations complémentaires :** .....

**+ Données actuelles sur l'activité au domicile :**

**Activités de la vie quotidienne assumées :** .....

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

**Loisirs :** .....

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

**Intérêts :** .....

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

**Histoire de vie :** .....

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

**+ Gestion de la vie quotidienne :**

Activités	Autonome (effectue seul)	Semi-autonome (aide/stimulation)	Non autonome
Utiliser l'argent			
Utiliser le téléphone			
Suivre son traitement médical			
Utiliser les transports en commun			
Faire le ménage			
Se rendre à des activités de loisirs			

**Moyen de transport pour se rendre à l'Accueil de Jour** : .....

**Accompagnateur** :                    oui                     non

**Nom de la personne à contacter lorsque le transport retour n'est pas assuré à l'heure prévue** : .....

.....

**Responsabilité civile de la personne accueillie** :

Oui

Non

*Cette couverture est indispensable pour intégrer l'Accueil de jour.*

**Personne ayant complété ce questionnaire** : .....

**Date et signature** : .....