

	FAM LE FLORIAN	Créé le : 01/03/2010
	DOSSIER DE CANDIDATURE	Modifié le : 03/06/2020
		Version : 2

**Dossier à compléter en 2 volets**

**Volet 1 :**  
***Renseignements administratifs***

**Volet 2 :**  
***Renseignements concernant la prise en charge soignante***

**Au dossier devront être joints :**

- ***Un courrier confidentiel du médecin psychiatre du candidat comprenant :***
  - Diagnostic et Anamnèse,
  - Histoire de la maladie et de la prise en charge soignante,
  - Traitement médical, posologie, observance et autonomie,
  - Bilan somatique et antécédents,
  - Les modalités de prises en charge en cas de crise ou de décompensation au Florian
- ***Les évaluations existantes, s'il y a lieu :***
  - Evaluation fonctionnelle globale,
  - Bilan de vie quotidienne,
  - Bilan neuropsychologique,
  - Plan de suivi individualisé,
  - Plan de crise conjoint en psychiatrie,
  - Autres.
- ***Un courrier de candidature adressé par le candidat au directeur***

## Volet 1 :

### Renseignements Administratifs

#### ETAT CIVIL

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Sexe :  Femme  Homme

Date et lieu de naissance : ...../...../..... à .....

Nationalité : .....

N°de Sécurité Sociale : .....

*(Joindre l'attestation de Carte Vitale en Cours de validité)*

Adresse (Préciser si cette adresse est celle de la famille, d'amis, de lieu d'hospitalisation, foyer ...): .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

Son adresse : .....

Son téléphone : .....

Son portable : .....

#### SITUATION DE FAMILLE

Célibataire

Marié(e)

PACS

Concubinage

Veuf (ve)

Séparé(e)

Divorcé (e)

Nombre d'enfants : ..... A charge :  Oui  Non

## RESSOURCES : TYPE ET MONTANT

- |  |                  |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Salaire                     | Montant : .....€ |
| <input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé | Montant : .....€ |
| <input type="checkbox"/> Pension Invalidité          | Montant : .....€ |
| <input type="checkbox"/> RMI/RSA                     | Montant : .....€ |
| <input type="checkbox"/> Pension alimentaire         | Montant : .....€ |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales      | Montant : .....€ |
| <input type="checkbox"/> Indemnités journalières     | Montant : .....€ |
| <input type="checkbox"/> Indemnités ASSEDIC          | Montant : .....€ |
| <input type="checkbox"/> Autres : (à définir)....    | Montant : .....€ |

## MESURE DE PROTECTION DES BIENS

Oui       Non

Si oui :

- Tutelle
- Curatelle
- Curatelle renforcée
- T.P.S.A
- Autre : .....

### **Coordonnées du représentant légal :**

Nom : ..... Prénom : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse e-mail : .....

## ORIENTATION C.D.A.P.H FAM

Oui      Dossier en cours  :      Date de dépôt : .....

Si oui : N° .....

Date de fin de validité : ...../...../..... (joindre une copie)

Si non :      Démarche à engager

## COORDONNEES DES EQUIPES SOIGNANTES

*Veillez préciser quelle équipe est référente du projet  
Merci de compléter uniquement les cas concernés (Ex : Hôpital et CMP, Clinique et CATTP, etc...)*

**Hôpital ou Clinique :** .....  
Nom du service ou du Foyer intramuros ou de l'Unité de Réhabilitation :  
.....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....Mail : .....  
Médecin référent du candidat : .....  
Infirmier(e) référent(e) : .....  
Assistant Social : .....

**Hôpital de jour :** .....  
Nom du service : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....Mail : .....  
Médecin référent du candidat : .....  
Infirmier(e) référent(e) : .....  
Assistant Social : .....

**CMP :** .....  
Nom du service : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....Mail : .....  
Médecin référent du candidat : .....  
Infirmier(e) référent(e) : .....  
Assistant Social : .....

**Autre (ex : CATTP) :** .....  
Nom du service : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....Mail : .....  
Médecin référent du candidat : .....  
Infirmier(e) référent(e) : .....  
Assistant Social : .....

**Volet 2 :  
Renseignements concernant  
la prise en charge soignante**

**LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE ACTUELLE**

**Entretiens médicaux :**

Lieu : .....  
Nature : .....  
Fréquence : .....  
Commentaires : .....

**Entretiens infirmiers et/ou entretiens psychologiques :**

Lieu : .....  
Nature : .....  
Fréquence : .....  
Commentaires : .....

**Groupe thérapeutique et/ou Groupe d'activité :**

Lieu : .....  
Nature : .....  
Fréquence : .....  
Commentaires : .....

**Comment percevez-vous l'investissement et la participation de votre patient aux activités de soin proposées ?**

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

**LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE  
ENVISAGEE EN CAS D'ADMISSION AU FOYER**

**A REMPLIR SEULEMENT EN CAS DE CHANGEMENT DE LIEU DE SOIN OU DE  
CHANGEMENT DU PROGRAMME DU SOIN**

(ex : après la sortie de l'hôpital et l'arrivée au Florian, le soin est restructuré sur un CMP)

MERCI D'INDIQUER LE PROGRAMME DE SOIN ENVISAGE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**REMARQUES COMPLEMENTAIRES**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Signatures**

Le médecin référent

L'infirmier Référent

L'assistant social