



FOYER LE FLORIAN

**DOSSIER DE  
CANDIDATURE**

VERSION 1

MARS 2010

**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,
- Existence de troubles somatiques et leur prise en charge,
- Les modalités de prise en charge en cas de crise ou de décompensation au Florian.

➤ **Un courrier de candidature adressé par le candidat au directeur.**

# Volet 1 :

## Renseignements Administratifs

### ETAT CIVIL

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

Prénom : .....

Sexe : Homme  Femme

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="radio"/> Salaire                     | <input type="checkbox"/> | Montant : ..... | € |
| <input type="radio"/> Allocation Adulte Handicapé | <input type="checkbox"/> | Montant : ..... | € |
| <input type="radio"/> Pension Invalidité          | <input type="checkbox"/> | Montant : ..... | € |
| <input type="radio"/> R.M.I / R.S.A               | <input type="checkbox"/> | Montant : ..... | € |
| <input type="radio"/> Pension Alimentaire         | <input type="checkbox"/> | Montant : ..... | € |
| <input type="radio"/> Prestations familiales      | <input type="checkbox"/> | Montant : ..... | € |
| <input type="radio"/> Indemnités journalières     | <input type="checkbox"/> | Montant : ..... | € |
| <input type="radio"/> Indemnités ASSEDIC          | <input type="checkbox"/> | Montant : ..... | € |
| <input type="radio"/> Autres : (à définir) .....  | <input type="checkbox"/> | 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 diverses activités de soin proposées ?

.....

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

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

.....

## VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE

- ✓ La vie quotidienne (alimentation, hygiène, déplacement, faire des courses, préparer un repas ...) :

.....

- ✓ Le contact avec le monde extérieur :

.....

✓ Les relations :

.....

✓ Le comportement en groupe :

.....

✓ Actes de violence connus :

.....

✓ Les réactions face aux situations nouvelles :

.....

## REMARQUES COMPLEMENTAIRES

.....

### SIGNATURES

Le médecin référent

L'infirmier Référent

L'assistant social