

ETAT CIVIL

NOM _____

Prénom _____

Situation de famille : Célibataire Marié
 Autre

ADRESSE PERSONNELLE _____

|_|_|_|_| _____

Tél : _____

ADRESSE DE LA FAMILLE _____

|_|_|_|_| _____

Tél : _____

Date de naissance _____ Sexe : _____

Lieu de naissance _____

Nationalité _____

Nombre d'enfants _____

NOM	Prénom	Date de naissance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EN CAS D'ACCIDENT PERSONNE A PREVENIR

|_|_|_|_| _____

Tél. pers. _____ Tél. travail _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ORGANISME DE SECURITE SOCIALE _____

N° matricule _____

Droits ALD ouverts jusqu'au _____
(Rubrique à remplir obligatoirement)

RESSOURCES Oui Non

Montant	Début	Fin de Droit
<input type="checkbox"/> Indemn. Jour _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pension inv. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> AAH _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ASI _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alloc. Chôm. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> RSA _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autres _____	_____	_____

PAIEMENT DU FORFAIT HOSPITALIER

Mutuelle payante

Complémentaire Santé Solidaire

Sans Participation

Avec Participation

PROTECTION DES BIENS Oui Non

Date de décision : _____

Tutelle Curatelle Autre

Orientation MDPH/MDA Oui Non

Lesquelles : _____

ANTÉCÉDENTS PÉNAUX Oui Non

Préciser : _____

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

	NOM	Prénom	Date de naissance	Profession
Père	_____	_____	_____	_____
Mère	_____	_____	_____	_____
Fratrie	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

RELATIONS AVEC LA FAMILLE : Fréquentes Occasionnelles Inexistantes

Précisions éventuelles : _____

ANTECEDENTS REHABILITATION

Nom de l'établissement	Ville / Département	Début/Fin
_____	_____	_____
_____	_____	_____

AUTRES PROJETS EN COURS

En dehors du Centre de Billiers y a-t-il d'autres projets envisagés ?

Formation professionnelle : oui non Foyer d'hébergement : Oui non

Autres institutions : oui non préciser : _____

REFERENTS MEDICAL / SOCIAL

LA PERSONNE EST-ELLE ACTUELLEMENT HOSPITALISEE ? oui non

Etablissement Hospitalier : _____ Nom du Médecin traitant : _____

Nom du Service : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

_____ Tél. : _____

Tél : _____ Nom de l'assistant social : _____

Nom du Médecin Psychiatre traitant : _____ Adresse : _____

_____ Tél. : _____

PROJET DE REHABILITATION

OBJECTIFS DE L'INTERESSÉ :

OBJECTIFS DE LA FAMILLE :

OBJECTIFS DE L'EQUIPE SOIGNANTE :



Consentement à la consultation / dépôt : oui non

ADRESSE D'EXPEDITION DU DOSSIER

CENTRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE DE BILLIERS

SECRETARIAT MEDICO-SOCIAL

DOMAINE DE PRIERES - 56190 BILLIERS

Tél. 02 97 48 61 61 - Fax 02 97 48 61 63

www.cprb.fr



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A compléter par un médecin

SYMPTOMATOLOGIE ACTUELLE ET DIAGNOSTIC

ETAPES ET EVOLUTIONS CLINIQUES

SEJOURS HOSPITALIERS

Temps complet

Etablissements	Ville/département	Début/fin de séjour	Observations
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HOPITAL DE JOUR

HOPITAL DE NUIT

Etablissements	Ville/département	Début/fin de séjour	Observation
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

SUIVI EXTRA-HOSPITALIER

Oui Non Si oui, préciser le mode de suivi

Consultations - fréquence _____

Visites à domicile - fréquence _____

Autres préciser

COMPORTEMENT A L'EGARD DE L'ALCOOL

COMPORTEMENT A L'EGARD D'AUTRES TOXICOMANIES

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

oui non

TRAITEMENTS ACTUELS

EXAMENS PSYCHOLOGIQUES

Un bilan neuropsychologique a-t-il été effectué ? oui non Si oui, par qui ?

Coordonnées :

Si oui, peut-il être transmis ?

oui

non

RELATION FAMILLE / EQUIPE SOIGNANTE

Nom du médecin ayant rempli le dossier _____

Adresse _____

Date _____

Signature et cachet