



SAINTE **A**NNE
ALBESTROFF

Dossier D'Admission ESAT

NOM :

Prénom :

Sécurité Sociale

1-F

Organisme de prise en charge :

Couverture Maladie Universelle (CMU) : Oui Non

Si oui, échéance des droits :

Liste des pièces pour la constitution du dossier de la personne accueillie

1-D

- Le dossier de demande d'admission
- Votre livret de famille (si marié(e)) ou celui de vos parents et/ou une photocopie de la carte d'identité
- Une photocopie de votre carte d'identité
- La notification MDPH
- Une photocopie de la carte vitale/ le numéro et l'attestation de sécurité sociale et le nom de la caisse d'affiliation
- Un relevé d'identité bancaire
- Le carnet de santé et de vaccination
- Vos justificatifs de formation, l'original de vos diplômes et de vos certificats d'aptitudes, le cas échéant
- Une photocopie du jugement de placement de la mesure de protection judiciaire, le cas échéant
- Une photocopie de votre permis de conduire, le cas échéant
- Votre adresse complète et votre numéro de téléphone
- Une photo d'identité en couleur
- Formulaire de droit à l'image
- Formulaire de désignation de la personne de confiance

II. Renseignements Médicaux

Informations Médicales

2-A

La personne accueillie est-elle allergique ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer la nature exacte de son allergie :

.....

.....

.....

La personne accueillie est-elle suivie par un(e) diététicien(ne) ? Oui Non

La personne accueillie est-elle épileptique ? Oui Non

La personne accueillie est-elle un traitement au long cours Oui Non

Si oui, merci d'en préciser la nature (dénomination commerciale, molécule et posologie) :

.....

.....

La personne accueillie porte-t-elle un dispositif de correction de la vue ? Oui Non

La personne accueillie est-elle suivie par un ergothérapeute? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le professionnel chargé du suivi :

.....

.....

La personne accueillie porte-t-elle une orthèse ? Oui Non

Si oui, merci d'en préciser la localisation (ex.: *poignet droit*) :

.....

La personne accueillie est-elle suivie par un psychothérapeute? Oui Non

Autres informations :

.....

.....

.....



AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGES

Je soussigné(e) Madame/Monsieur

accueilli(e) par l'EPSMS du Saulnois,

- Déclare autoriser le Représentant légal de l'EPSMS du Saulnois ainsi que ses établissements rattachés :

à me photographier ou me filmer dans l'exercice de mes activités.*

à reproduire et diffuser ces images sur les supports suivants : papier, CD-Rom, DVD, site internet, réseaux sociaux et objet de communication vers l'extérieur (plaquette, livret d'accueil, pochette, etc.).*

Cette autorisation d'exploitation de l'image est consentie sans aucune contrepartie financière ou matérielle. Je la délivre à titre totalement gratuit et pour une période indéterminée.

- Déclare refuser

d'être photographié(e) ou filmé(e).*

Fait à Albestroff, le ___ / ___ / _____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

*Cocher les cases



EPSMS du Saulnois

Lieu-dit « Sainte-Anne » – 57670 ALBESTROFF

Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e) : M. / M^{me}

Né(e) le :, à

Demeurant :

.....

.....

Téléphone :

Courriel :

Considérant que je peux me trouver dans un état physique ou mental qui ne me permet pas d'exprimer mes souhaits au sujet de ma propre vie, désigne, conformément à l'article L. 1111-6 du Code de la Santé, la personne de confiance suivante :

M. / M^{me} :

Qualité (père, mère, frère, sœur, ami, médecin traitant, autres...) :

.....

Demeurant :

.....

.....

Téléphone :

Courriel :

Qui accepte cette désignation.

En conséquence :

1 – Ma personne de confiance désignée ci-dessus pourra m'accompagner dans mes démarches et assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.

2 – Si je suis en incapacité d'exprimer ma volonté, ma personne de confiance sera consultée par le corps médical relativement à toute intervention, investigation, limitation ou arrêt du traitement susceptible de mettre ma vie en danger, en application de l'article L. 1111-4 du Code de la Santé.

3 – Je lui ai transmis mes directives anticipées : Oui Non

4 – Je lui ai transmis oralement mes directives anticipées : Oui Non

Je suis dans l'incapacité d'écrire (*si non, à remplir par les témoins*) :

Oui

Non

1^{er} témoin :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Relation :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. / Mme ...

2^{ème} témoin :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Relation :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. / Mme ...

Nota Bene : J'ai été informé(e) que je dispose à tout moment de la possibilité de réviser mes choix.

Fait à

Le

Signature de la personne accueillie

Signature de la personne de confiance

Signature du 1^{er} témoin

Signature du 2^{ème} témoin

Ce document, complété et signé par la personne de confiance et celle qui la désigne doit être communiqué au médecin traitant et, en cas d'hospitalisation, remis au médecin du service pour figurer dans le dossier médical.