



DEMANDE D'ENTREE EN ACCUEIL FAMILIAL

**Pour une personne adulte handicapée
ou une personne âgée**

CERTIFICAT MEDICAL

À transmettre **sous pli confidentiel** au médecin du Département
Mission Expertise Médicale,
Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées,
Conseil départemental, 32 bd Dupleix,
29196 Quimper cedex

NOM, Prénom et date de naissance de la personne concernée par le projet d'accueil :

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

Nom, adresse et coordonnées téléphoniques du médecin traitant :

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

Nom, adresse et coordonnées téléphoniques du spécialiste consulté de façon régulière :

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

Traitement en cours :

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

Dépendance

	NE FAIT PAS	S	T	C	H	Aucun adverbe ne pose pb	
1- Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
2- Déplacements intérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
3- Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
	bas	<input type="checkbox"/>					
4- Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
	fécale	<input type="checkbox"/>					
5- Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
	moyen	<input type="checkbox"/>					
	bas	<input type="checkbox"/>					
6- Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
7- Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
	manger	<input type="checkbox"/>					
8- Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
9- Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
10- Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
11- Déplacements extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
12- Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
13- Activités temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
14- Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
15- Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
16- Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>					
17- Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
	comportement	<input type="checkbox"/>					

GIR

Date :

Signature et cachet du
médecin :