



A.P.A.T.P.H.

Association **P**our l'**A**ccueil et le **T**ravail des **P**ersonnes **H**andicapées  
Etablissement ou Service d'Aide par le Travail  
04.75.94.74.63

Mail : pole.travail@apatph.fr  
Site Internet : apatph.fr

---

## ***DOSSIER MEDICAL***

---

A faire compléter par un médecin

**E**tablissement  
ou **S**ervice  
d' **A**ide  
par le **T**ravail

**A renvoyer sous pli confidentiel à :**

**A.P.A.T.P.H**

**8 chemin des bastides**

**07200 AUBENAS**

310 chemin des Roquelles  
07170 LAVILLEDIEU

Plot de la Laoune  
07470 COUCOURON

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**N° Téléphone fixe :** .....-.....-.....-.....-.....

**N° Téléphone portable :** .....-.....-.....-.....-.....

**Date de naissance :** ...../...../..... **Lieu :** .....

**Nationalité :** .....

**N° Sécurité Sociale :** ..... **Dpt :** .....

**Mesure de protection :**     **OUI**         **NON**

**Tuteur**      **Curateur**

**Si oui : Nom de l'organisme :** .....

**Nom du Tuteur / Curateur :** .....

**Médecin référent :**

**Nom :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**CMP de référence :** .....

**Historique de la maladie :**

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

**Traitements :**

Traitement psychiatrique : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Traitement somatique : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Allergies :**

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

**Troubles du comportement :**

Addiction : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Soins et suivis en cours**

**Médecin traitant : Nom :** .....

**Ville :** ..... **Tel :** .....-.....-.....-.....-.....

**Médecin psychiatre : Nom :** .....

**Ville :** ..... **Tel :** .....-.....-.....-.....-.....

**Médecin spécialiste : Nom :** .....

**Ville :** ..... **Tel :** .....-.....-.....-.....-.....

**Infirmier référent libéral : Nom :** .....

**Ville :** ..... **Tel :** .....-.....-.....-.....-.....

**Infirmier référent psychiatrique : Nom :** .....

**Ville :** ..... **Tel :** .....-.....-.....-.....-.....

**Autres prestations de soins** (kinésithérapie, orthophonie, etc...)

1) **Type de prestation :** .....

**Nom :** .....

**Ville :** ..... **Tel :** .....-.....-.....-.....-.....

2) **Type de prestation :** .....

**Nom :** .....

**Ville :** ..... **Tel :** .....-.....-.....-.....-.....

3) **Type de prestation :** .....

**Nom :** .....

**Ville :** ..... **Tel :** .....-.....-.....-.....-.....

**Organisation actuelle des soins psychiatriques** (consultation, hôpital de jour, etc...)

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

**Votre avis concernant l'admission en ESAT :**

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

<b>Identité de la personne ayant complété le dossier :</b> <b>Nom :</b> ..... <b>Fonction :</b> .....	<b>Date :</b> ...../...../..... <b>Signature et cachet :</b>
---	---