



**Le Tremplin**

**Mail : samsah-letremplin@acadea.fr**

**33 Rue de la Petite Vitesse  
72300 SABLE SUR SARTHE**

## **DOSSIER D'ADMISSION « SAMSAH »**

### **PARTIE ADMINISTRATIVE**

*Le **SAMSAH** (Service Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapées) accompagne des personnes présentant de nombreuses problématiques associées au handicap psychique.*

**Demande adressée par :**

**Coordonnées :**

**Mail :**

**Adresse :**

**Numéro de téléphone :**

**Date de la demande :**



**Le Tremplin**

### **ETAT CIVIL**

**Nom, Prénoms de la personne concernée par la demande :**

**Sexe :** Masculin  Féminin

**Date et lieu de naissance :**

**Coordonnées actuelles (adresse + numéro de téléphone) :**

**Merci de joindre une copie de votre carte d'identité**

**Situation familiale :**

**Nombre d'enfants :**

**Vit avec :**  seul(e)  parents  conjoint/mari  colocataire  autre :

**Mesure de protection juridique :**

**Nom et coordonnées du représentant légal :**

### **Orientation prononcée par la MDA**

**Date de la notification SAMSAH en cours :**

**Numéro de dossier :**

**Merci de joindre la notification SAMSAH**

### **Coordonnées de sécurité sociale**

**N° de sécurité sociale :**

**Complémentaire santé :**



**Le Tremplin**

**Parcours scolaire et professionnel :**

**Parcours au sein d'établissements médico-sociaux et/ou hospitalisation :**

**Intervenants ou aides :**

- Aide-ménagère/auxiliaire de vie
- GEM
- Portage des repas
- Assistante sociale
- Autres :



**Le Tremplin**

**Loisirs/ Activités appréciées :**

**PROJETS ET ATTENTES PAR RAPPORT AU SAMSAH**

Qu'attendez-vous de l'accompagnement par le SAMSAH ?



Le Tremplin

## DOSSIER D'ADMISSION « SAMSAH » PARTIE MEDICALE

**A remplir obligatoirement par un médecin  
(De préférence par le médecin psychiatre)**

Nom/Prénom de la personne concernée :

Age :

Taille :

Poids :

Coordonnées du médecin traitant :

Coordonnées du psychiatre :

Intervenants à domicile :  Cabinet infirmier :  
 Infirmier du CMP :  
 Autres :

Diagnostic principal :

Comorbidités psychiatriques :

Comorbidités somatiques :

Allergies :

Addictions :

Déficiência intellectuelle :  Nulle/légère  Moyenne  Majeure

**Suivi et traitement actuel : (Joindre ordonnance) :**

**Selon vous, quelles actions seraient nécessaires pour la santé globale de votre patient ?**

**Signature du médecin + cachet :**

