

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Résidence L'Oustalet Plan D'Orgon

- Pour le FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE / Hébergement permanent
- Pour le FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE / Hébergement temporaire
- Pour l'ACCUEIL DE JOUR

DOSSIER ADMINISTRATIF

Etat Civil :

Nom :

Prénom :

Sexe : F M

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Tél. : Mobile :

Personne référente

Qualité :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mobile :

Renseignements administratifs :

Mesure de protection :

- Tutelle
- Curatelle
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée

Nom du tuteur ou du curateur :

Adresse :

Lien de parenté avec la personne protégée :

Téléphone : _____ Mobile : _____

N° de Fax et / ou courriel : _____

Personne de confiance

Si il n'y a pas de mesure de protection, préciser les noms et coordonnées de la personne désignée comme **Personne de confiance**

Nom et Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

N° de Tél : _____ N° de Portable : _____

N° de Fax et / ou courriel : _____

Décision d'orientation de la CDAPH :

- Foyer d'Accueil Médicalisé
- Foyer d'Accueil Médicalisé accueil de jour

Date de la décision de la CDAPH :

Demande en cours :

Date de dépôt du dossier :

Nature de la demande :

Sécurité sociale :

N° d'immatriculation :

Caisse d'affiliation

Adresse

Mutuelle complémentaire santé :

Nom :

Adresse :

Caisse d'allocation familiale :

N° d'allocataire :

Caisse d'affiliation :

Adresse :

Autres renseignements :

Votre domicile actuel :

Logement familial

Logement indépendant

Autre (précisez)

Dispositions posthumes et volontés

En cas d'aggravation de l'état de santé

Personnes à prévenir par ordre de priorité

Nom - Prénom	Lien de parenté	coordonnées

En cas de décès

Etes-vous titulaire d'un contrat obsèques ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N° de contrat	Nom et adresse de l'organisme
.	

Souhaitez-vous qu'un établissement de pompes funèbres particulier soit contacté ?

Oui Non

Si oui, lequel :

Des mesures particulières sont-elles à respecter (religion) ?

Souhaits particuliers :

Dossier rempli par

.....

Le

Signature

NOM et Prénom :

HISTOIRE FAMILIALE

Nom et Prénom du père :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Nom et Prénom de la mère :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

FRATRIE

Nom et Prénoms	Date de naissance	adresse	Relations avec le candidat

NOM et Prénom :

APPRENONS A MIEUX VOUS CONNAÎTRE

Naissance :

Evolution :

Maladies infantiles :

Troubles somatiques :

Apprentissage :

Placements :

- en famille d'accueil : Oui Non

- en Etablissements spécialisés : Oui Non

Si OUI, compléter le tableau suivant :

Nom de l'établissement	Ville	Date d'entrée	Date de sortie

Hospitalisation en milieu psychiatrique : Oui Non

- de jour ? Oui Non

- complète ? Oui Non

Les retours au domicile familial seront-ils possibles ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Le candidat est-il informé de la demande ?

Oui

Non

Ne sais pas

NOM et Prénom :

VIE SOCIALE

Centres d'intérêt :

Décoration de la chambre :

Loisirs préférés :

Sports préférés pratiqués :

Goûts (musique, lecture, ...) :

Manifestations des envies :

La personne a-t-elle des projets ?

Comportement social :

Le comportement et la tenue sont-ils habituellement socialement acceptables :

Propreté :

Tenue vestimentaire :

Politesse :

Langage :

Masturbation :

Exhibition :

Intérêt pour l'autre :

Manifestations des sentiments :

Manifestations de l'humeur et du caractère :

Tempérament (enjoué, renfermé, ...) :

Les acquis disponibles :

Scolarité :

- Lecture : Oui Non
- Ecriture : Oui Non
- Calcul : Oui Non
- Connaissance de l'heure : Oui Non
- La personne utilise-t-elle l'argent : Oui Non
- Sait- il le gérer seule : Oui Non
- Sait- il le gérer avec une aide : Oui Non

Repères :

Dans le temps :

- Connaissance de sa date de naissance : Oui Non
- Projection de visites, de week-ends, de vacances :
- Souvenir de visites, de week-ends, de vacances :

Dans l'espace :

- Le candidat fait-il état d'autres lieux : Oui Non

Lesquels ?

Habilité :

- Le candidat a-t-il une habileté dans ses gestes : Oui Non
- A-t-il appris certains gestes professionnels : Oui Non

Socialisation :

- Le candidat utilise-t-il le vouvoiement ? Oui Non
- Salue-t-il spontanément : Oui Non

Dossier rempli par

Le

Signature



DOSSIER MEDICAL

*(à remplir par le médecin traitant du candidat et à adresser sous pli cacheté au médecin
coordonnateur de la Résidence L'Oustalet)*

Identité du candidat

Nom : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Médecin traitant du candidat

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Mobile : _____

Médecin psychiatre du candidat

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Mobile : _____

Renseignements médicaux

Poids :

Taille :

Diagnostic, type et origine du handicap :

.....
.....

Déficience

Légère Moyenne Profonde

QI :

Derniers tests pratiqués :

Troubles psychiatriques :

- Manifestation des troubles :

- | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agressivité physique | <input type="checkbox"/> Personnalité hystérique |
| <input type="checkbox"/> Opposition | <input type="checkbox"/> En retrait |
| <input type="checkbox"/> Etat dépressif | <input type="checkbox"/> Autres, préciser |

- Gestion des troubles :

.....

.....

.....

Pathologies associées au diagnostic principal :

- Epilepsie
- Type des crises :
 - Fréquence des crises :
 - Description :
 -
 - Conduite à tenir :
 - Facteurs favorisants :
 -

Hémiplégie :

Troubles de l'équilibre :

.....

Pathologie cardiaque :

.....

Pace Maker : Oui Non

Pathologie respiratoire :

.....

Diabète : Oui Non

Si oui, quel type : DID DNID

Douleur :

Description des attitudes qui peuvent exprimer un état douloureux

- Mimiques Pleurs Cris Mouvements de défense Raideur
 Agitation habituelle Diminution de l'éveil Diminution de la communication

Les petits moyens pour aider à soulager la douleur : Musique Objet

Autre

Fatigue :

.....
.....

Autres pathologies :

.....
.....

Etat actuel du candidat

Contention :

Si oui préciser :

.....

Appareillage :

Porte-t-elle des prothèses ? Oui Non

Si oui pour membres supérieurs

pour membres inférieurs

A-t-elle besoin d'autres appareils ? Oui Non

Si oui le(s)quel(s) ?

.....

Y a t-il nécessité d'un matelas spécial ? Oui Non

Si oui lequel ?

.....

Elocution

Existe-t-il des difficultés d'élocution ? Oui Non

Si oui légères

importantes

Dentaire

Porte -t-il un appareil ? Oui Non

Si oui Bas

Haut

Etat bucco-dentaire :

Satisfaisant

Soins en cours

Préciser

.....
.....

Audition

Existe-t-il des problèmes d'audition ? Oui Non

Si oui légers
 Invalidants
 Appareillés Droite Gauche

Vue

Existe-t-il des problèmes de vue ? Oui Non

Si oui légers
 Importants préciser :
 Appareillés

Date et lieu de la dernière consultation ophtalmologique et fréquence du suivi éventuel :

Fonction urinaire

Y a-t-il déjà eu un bilan urodynamique : Oui Non

Si oui préciser la date et le lieu :

Y a-t-il des problèmes d'infection urinaire ? Oui Non

Y a-t-il des problèmes d'incontinences ? Oui Non

Si oui Rares
 Fréquentes

Port d'une sonde à demeure ? Oui Non

Port d'un étui pénien ? Oui Non

Utilisation d'autres protections ? Oui Non

Si oui lesquelles ?

Fonction intestinale

Y a-t-il des problèmes d'incontinence ? Oui Non

Si oui Rares
 Fréquents

Constipation : Oui Non

Si oui fréquence des selles :

Etat cutané

Y a-t-il des rougeurs sur les points d'appui ? Oui Non

Si oui, localisations

Y a-t-il des escarres ? Oui Non

Si oui, localisations

Y a-t-il des ulcères ? Oui Non

Si oui, localisations

Autres problèmes cutanés (mycoses, psoriasis, eczéma ...):

Sommeil

Bon Difficile se lève la nuit

Position du sommeil _____

Habitude d'endormissement : Préciser _____

Remarques :

Kinésithérapie

Y a-t-il des soins de kinésithérapie ? Oui Non

Si oui kiné d'entretien
 Kiné pour pathologie aiguë

Allergies :

Oui Non

Si oui lesquelles :
.....

Groupe sanguin :

Régimes alimentaires particuliers : Oui Non

Si oui, lesquels :

Normale
 Hachée
 Mixée lisse
 épais

Troubles de la déglutition Oui Non
Si oui en buvant
 en mangeant
 à la prise des médicaments

Divers médical :

Tabagie diurne : Oui Non
Tabagie nocturne : Oui Non

Alcoolisme : Oui Non
Quel est le comportement sous alcool ?

Interventions chirurgicales : Oui Non
Si OUI, lesquelles ? (Précisez à quelle date).....
.....
.....

La personne a-t-elle un bilan biologique récent ? Oui Non
Si OUI, est-il normal ? Oui Non
Présente-t-il des anomalies ? Oui Non
Lesquelles ?

Suivi et surveillances à programmer (signaler si difficultés particulières pour certains soins tels que dentaires,...)

.....

Vaccins:

	DTP	Hépatite B	Pneumocoque	Grippe saisonnière	Autres (BCG....)
Date dernier rappel ou injection					

Prescriptions

Traitements :

Médicament	matin	midi	soir	coucher	Observations

Injections :

.....

Soins infirmiers et surveillance(s) particulière(s)

.....

Evaluation de l'autonomie

Pour la toilette : Seule Avec surveillance Avec aide Aide totale au lit

Pour le linge : Seule Avec surveillance Avec aide

Choix des vêtements : Seule Avec surveillance Avec aide

Ménage de la chambre : Seule Avec surveillance Avec aide

Repas :

- Comportement à table :

- Capacité à mettre la table :

- Capacité à desservir la table :

- Aide pour la prise des repas Oui Non Si oui préciser

Autonomie physique dans les déplacements :

Marche Oui Non _

Cannes Oui Non _

Déambulateur Oui Non

Prothèses pour le déplacement Oui Non

Si oui préciser :

.....

Fauteuil roulant manuel Oui Non

Fauteuil roulant électrique Oui Non

Autres :

.....

Dossier rempli par

Le

Signature

NOM et Prénom :

ATTESTATION

Je soussigné :

adresse :

.....

agissant en tant que :

m'engage à reprendre :

NOM :

Prénom :

pendant la période de stage ou à l'issue de celle-ci au cas où le stage serait négatif.

Fait à :

Le :

Signature :

DOCUMENTS A FOURNIR

➤ CDAPH

Notification d'orientation en FAM

Notification de l'Allocation Adulte Handicapé

- Notification d'admission à l'aide sociale
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Photocopie de la carte d'identité
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale
- **Copie de la carte de mutuelle**
- Photocopie de la décision du juge des tutelles
- 1 photo à coller sur la première page du dossier de demande d'admission
- Photocopie des documents de vaccination
- **Copie de la dernière ordonnance du psychiatre**
- **Rapports psychiatrique, psychologique et éducatif**
- **Bilan médical récent**

Ce dossier est à renvoyer, une fois complété, à l'attention de :

**Résidence L'oustalet
Service des admissions
123 impasse Jules Laty
13750 Plan d'Orgon.**

Seuls les dossiers complets seront examinés. Nous vous répondrons dans les meilleurs délais.