



DEMANDE D'ADMISSION

Pôle Adultes Handicapés

Etablissement Public Départemental de Grugny

MAS

FAM

FOYER DE VIE

Nom :

Prénom:

Date De Naissance :

I. Fiche de renseignements

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PHOTO

IDENTITE

NOM :

PRENOM :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : A :

Célibataire

Marié(e)

Veuf(ve)

Divorcé(e)

Profession :

Culte :

Adresse (dernier domicile) :

.....

.....

Protection juridique **OUI** **NON** depuis le

Mesure : Joindre le jugement

Nom et adresse du représentant légal

Lien de parenté

=====

Personne de « confiance » au sens juridique :

Contexte familial actuel :

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

PERSONNES A PREVENIR:

NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :
.....

Téléphone : Domicile : Portable :

NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

III. RENSEIGNEMENTS EN LIEN AVEC LA SANTÉ

1) antécédents médicaux

- Accident
- Déficience mentale
- Déficience physique
- Pathologies médicales ou chirurgicales
- Antécédents psychiatriques
- Toxicomanie (alcool, drogue)
- autres

★ Hospitalisations
(lieux/durées/années)

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

★ Allergies connues

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

★ Poids/taille

.....
.....

★ Vaccinations

○ Suivi de vaccination

- oui non

★ Dernier vaccin antitétanique (date :))

2) PEC Médecin traitant

Médecin traitant :

- Coordonnées :
.....
.....
- Rapport
- lettre sous pli confidentiel

3) Traitement en cours

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

4) PEC/ suivi psychiatrique

- Coordonnées :
.....
.....
- Fréquence :
- lettre du psychiatre sous pli confidentiel
- rapport

5) Suivi psychologique

- Coordonnées :
.....
.....
- Fréquence
 Rapport
 lettre sous pli confidentiel

6) Autres suivis

Soins	coordonnées
<input type="checkbox"/> soins dentaires (date dernier rdv.....)
<input type="checkbox"/> soins ophtalmologiques (date dernier rdv
<input type="checkbox"/> soins gynécologiques (date dernier rdv.....)
<input type="checkbox"/> contraception (préciser.....)
<input type="checkbox"/> autres soins (lesquels.....)

7) Suivi paramédical et rééducatif :

	OUI	NON
➤ Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Infirmiers (intervention en libéral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Autres (éveil sensoriel...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

★ PEC en charge infirmière

- Prise de médicaments
seul Avec aide totale Aide partielle
(traitement préparé
Oui non)
- Pansements
.....
- Soins d'escarres
- Appareillages (fauteuil, chaussures orthopédiques, aides techniques ...) si oui ?
- Traitements injectables.....
- Autres (à préciser.....)

★ PEC de la douleur (si oui, précisez)

- Identification des signes de souffrance.....
.....
- Manifestation de la douleur.....
.....
- Protocole habituel.....
.....

IV. VIE QUOTIDIENNE

1) Evaluation de l'autonomie (cf annexe respectives FDV ou MAS/FAM)

2) COMPORTEMENT

Comportement habituel (habitudes de vie, journée-type, et préciser si rituels) :

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

Angoisse/anxiété.....
.....

Repli.....

Stéréotypies, automutilations (décrire)
.....

Points de vigilance et de sécurité : peut se mettre en situation de danger (étouffement, traumatisme, chute, errance, fugue.....)

Agitation.....

Agressivité/violence.....

expression de la frustration (boude, insulte, crie, se replie sur lui-même, se met en retrait....) :

.....
.....

A quelle fréquence ?

Cette frustration peut-elle s'apaiser ? oui non

Si oui, comment ?

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

Autres (préciser).....

3) VIE SOCIALE

a) Relations familiales

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

b) Relations aux autres (vie affective et relationnelle)

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

c) Relations avec les accompagnants

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

d) Loisirs et activités

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

e) Participation à la vie collective

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

4) LE PROJET DE LA PERSONNE

★ LES PRINCIPAUX AXES DU PROJETS DE VIE INDIVIDUALISÉ (=PROJET DE VIE)

-
-
-
-

★ LES ATTENTES DE LA PERSONNE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUIVI MEDICAL et PSYCHIATRIQUE

I - A Compléter par la famille / le demandeur

Suivi Médical :

OUI NON

Si oui coordonnées du médecin :

Suivi Psychiatrique :

OUI NON

Si oui :
Compléter directement le II.

Si non :

En cas de problème de comportement, je m'engage à reprendre la personne suite à la demande de l'établissement d'accueil et à mettre en place un suivi psychiatrique.

DATE :

Nom de la famille :

Signature,

II - A compléter par le secteur d'origine

Suivi Psychiatrique :

OUI NON

Pôle :

Si oui coordonnées du médecin :

Service :

Et adresse des consultations :

Je m'engage à poursuivre le suivi médical de la personne dans le secteur d'origine.

En cas de problème de comportement, je mets en place les soins nécessaires à l'état de santé de la personne (consultations, hospitalisations).

DATE :

Nom du médecin:

Signature,

A compléter uniquement si orientation MAS/FAM

	OUI	NON
➤ Trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sonde gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sonde Jéjunogastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **LA MEMOIRE:**

- Troubles mnésiques
- Reconnaissance de l'entourage
- Capacités d'apprentissage

➤ **REPAS HYDRATATION :**

➤ **Installation à table :**

- Fauteuil
- Corset-siège + châssis
- Chaise

Déglutition :

- Spontanée
- A la stimulation
- Fausses routes

Régime et texture :

- Normal - maintien - autres
- Haché
- Mouliné
- Mixé
- Allergies alimentaires (préciser).....

Durée du repas :

Hydratation :

- Eau normal
- Eau gélifié
- Quantité.....

Préférences alimentaires :

- Indiquer ce qui lui plaît
- Condiments

Aide au repas :

- Mange seul avec couverts (normaux ou adaptés)
- Toucher-guidé
- Nécessité une présence (surveillance et/ou stimulation)
- Aide totale

Protocoles alimentaires :

- Quantité.....
- Alimentation fractionnée
- Alimentation entérale (gastrostomie)
- Protocole hydratation
- Protocole anti-reflux
- Suivi de la courbe de poids
- Stimulation du goût

LA RESPIRATION :

- Antécédents broncho-pulmonaires

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

- Protocole de nursing respiratoire (aspirations, désobstructions naso-pharyngées, aérosols)

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

- Kinésithérapie respiratoire

L'INSTALLATION :

Installation assise :

- Corset-siège + tablette
- Fauteuil manuel
- Fauteuil électrique
- Autre (préciser).....

Installation couchée :

- Lit normal
- Lit particulier (matelas anti-escarres, hauteur variables).....

Déplacement – Capacité et Autonomie :

- Déambulateur
- Aide Humaine une ou deux personnes (préciser).....
- Avec le fauteuil, courte ou longue distance (préciser).....
- Canne
- Se lever seul ou avec aide (préciser).....
- Transfert seul ou avec aide (préciser).....

DEPLACEMENT - LOCOMOTION

Se déplacer :

- Seul(e)
- Avec l'aide d'une personne
- Avec des aides techniques

° Fauteuil roulant manuel

Personnel

en location

° Fauteuil roulant électrique

Personnel

en location

- Canne anglaise
- Canne simple
- Déambulateur

Se lever :

- Seul(e)
- Avec aide

Transferts :

- Seul(e)
- Avec aide

LA DOULEUR :

- Identification des signes de souffrance.....
.....
- Manifestation de la douleur.....
.....
- Protocole habituel.....
.....

A compléter uniquement si orientation FDV

EVALUATION DU HANDICAP

Lieu de résidence :

Domicile

Foyer

Centre Hospitalier

CAPACITES ADULTES		A	B	C
		Fait seul totalement Habituellement Correctement	Fait partiellement Non habituellement Non correctement	Ne fait pas
1	COHERENCE Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée...			
2	ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée , les lieux ...			
3	TOILETTE Concerne l'hygiène corporelle ...			
4	HABILLAGE S'habiller/se déshabiller, se présenter + appareillage ...			
5	ALIMENTATION Manger les aliments préparés ...			
6	ELIMINATION Assumer l'hygiène de l'élimination fécale et urinaire...			
7	TRANSFERT Se lever, se coucher, s'asseoir ...			
8	DEPLACEMENTS à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant...			
9	DEPLACEMENTS à l'extérieur A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport ...			
10	COMMUNICATION à distance Téléphone, sonnette, alarme ...			
11	ACTIVITES MENAGERES Ménage, préparation des repas ...			

FAIT à, le

NOM du Médecin ou du soignant,
.....

Signature,

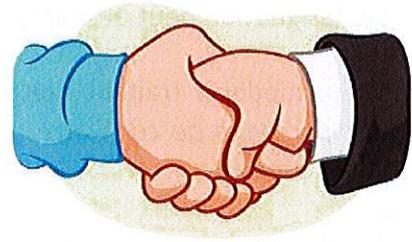
PIECES A JOINDRE

- ☞ **Orientation de placement de la CDAPH**

- ☞ **Attestation d'assuré social et carte vitale** (Attestation de droit)
- ☞ **Carte de mutuelle** (en cours de validité)
- ☞ **Livret de famille** (ou extrait d'acte de naissance)
- ☞ **Carte nationale d'identité**
- ☞ **Attestation de résidence**
- ☞ **Avis d'imposition ou de non imposition**
- ☞ **Notification de ressources** (notification MDPH concernant l'attribution de l'AAH, pension d'invalidité...)
- ☞ **Attestation d'assurance Responsabilité Civile**
- ☞ **Attestation CAF** (concernant le versement de l'Allocation Adulte Handicapé)
- ☞ **Notification de ressources (ex : AAH, invalidité...)**
- ☞ **Extrait du jugement de tutelle**

- ☞ **Rapports de stage**
- ☞ **Rapport éducatif**

- ☞ **Lettre psychologue**
- ☞ **Lettre médecin**
- ☞ **Lettre psychiatre**
- ☞ **Vaccinations**



LA PERSONNE DE CONFIANCE

QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

La *personne de confiance* peut vous aider dans les missions suivantes :

- A comprendre les informations, vos droits et vos devoirs,
- Vous accompagner dans vos démarches administratives et vous assister lors de vos rendez-vous médicaux,
- Être consultée par les médecins pour rendre compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être vous-même consulté.
- A prendre des décisions concernant votre santé et participer au recueil de votre consentement (par exemple, lors d'une campagne de vaccination).

Dans le cas où votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, le médecin ou l'équipe médicale consulte en priorité la *personne de confiance*.

Son avis guide le médecin pour prendre ses décisions. Elle doit donc connaître vos volontés et les exprimer lorsqu'elle est appelée à le faire.

Les [directives anticipées](#) peuvent également lui être confiées.

Attention

La *personne de confiance* ne doit pas être confondue avec la *personne à prévenir*, qui est alertée par téléphone en cas d'aggravation de votre état de santé.

Toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle peut être désignée *personne de confiance*. Ce n'est pas forcément quelqu'un de votre famille.

Vous pouvez désigner une *personne de confiance* à tout moment.

Celle-ci est généralement désignée dans le cadre d'une hospitalisation et en [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes \(EHPAD\)](#).

COMMENT DESIGNER VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Cette désignation se fait par écrit sur un formulaire dédié fourni par l'établissement ou sur papier libre : le document doit clairement indiquer l'identité (nom, prénom, date et lieu de naissance) de son auteur. Il doit être daté et signé.

La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment.

Votre médecin traitant doit s'assurer que vous êtes informé de la possibilité de désigner une *personne de confiance*. Il vous invite à désigner une *personne de confiance* si vous ne l'avez pas fait.

À noter

La personne désignée comme *personne de confiance* peut également être celle qui est désignée comme *personne à prévenir* en cas de nécessité.

COMMENT DESIGNER VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE LORSQUE VOUS ETES SOUS PROTECTION ?

La désignation de votre personne de confiance devra être confirmée ou révoquée par le juge des tutelles.

QUI PEUT-ÊTRE DESIGNEE PERSONNE DE CONFIANCE ?

- Cela peut être, toute personne de plus de 18 ans en qui vous avez confiance (un membre de votre famille, un proche)
- Votre médecin traitant, vos médecins spécialistes.

TEXTES DE REFERENCES :

Articles L1111-11 à L1111-12 et la réponse ministérielle du 13 juillet 2021 et l'article L1111-6 du Code de la Santé Publique

Pour tous renseignements, veuillez contacter :

Etablissement Public Départemental de GRUGNY
634 Rue André Martin
76690 GRUGNY
02.32.93.80.00



LES DIRECTIVES ANTICIPEES

QUE SONT LES DIRECTIVES ANTICIPEES ?

Dans le cas où vous seriez en situation de fin de vie et que vous ne pourriez plus faire connaître votre volonté, vos directives anticipées permettront aux médecins de connaître et de respecter vos souhaits à propos des traitements susceptibles de vous maintenir en vie, de soulager vos douleurs ou de vous endormir profondément (sédation).

Les directives anticipées sont des instructions écrites qui précisent les volontés formulées par une personne majeure et consciente quant aux conditions de sa fin de vie.

Elles ne s'appliquent que dans l'hypothèse où vous ne seriez plus en capacité d'exprimer votre volonté.

COMMENT REDIGER SES DIRECTIVES ANTICIPEES ?

Par écrit sur un formulaire dédié fourni par l'établissement ou sur papier libre : le document doit clairement indiquer l'identité (nom, prénom, date et lieu de naissance) de son auteur. Il doit être daté et signé.

Si vous ne pouvez pas les écrire vous-même, vous pouvez faire appel à deux témoins dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée.

Le document sera alors rédigé par un des témoins qui attestera que ce document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

Elles sont valables sans limite de temps mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment et par tout moyen, et sans avoir à le justifier.

A QUI CONFIER VOS DIRECTIVES ANTICIPEES ?

- A votre personne de confiance, à un membre de votre famille, à un proche,
- Aux professionnels de santé (médecin traitant, médecins spécialistes, etc.),
- A toute autre personne de votre choix.

Vous pouvez également demander à ce qu'elles figurent dans votre dossier médical.

LE DEVENIR DE VOS DIRECTIVES ANTICIPEES

Les directives anticipées s'imposent au(x) médecin(s) pour toute décision d'examen, d'intervention ou de traitement vous concernant.

Cependant, si vos directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à votre situation médicale, les médecins peuvent suspendre leur application pendant le temps nécessaire à l'évaluation de votre situation.

QUESTIONS – REPONSES

Q : Quel est le poids de vos directives anticipées dans la décision médicale ?

R : Les directives anticipées sont prioritaires sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de la personne de confiance. Elles sont la traduction directe de vos souhaits.

Q : Vos directives anticipées seront-elles suivies ?

R : Il faut que les professionnels de santé soient informés de leur existence dès votre admission à l'EPD. Il vous appartient, à vous et à vos proches, d'indiquer que vous avez rédigé des directives anticipées. Dès que les médecins auront connaissance de leur contenu, elles seront suivies.

Q : Pouvez-vous changer d'avis ?

R : Oui, vous pouvez modifier, totalement ou partiellement, ou même révoquer vos directives anticipées à tout moment.

Q : Une personne sous tutelle peut-elle rédiger ses directives anticipées ?

R : Oui, une personne placée sous tutelle peut rédiger ses directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

TEXTES DE REFERENCES :

Loi 2016-87 du 02 février 2016

Articles L1111-11 à L1111-12, R1111-17 à R1111-20 du Code de la Santé Publique et réponse ministérielle du 13 juillet 2021

Pour tous renseignements, veuillez contacter :

Etablissement Public Départemental de GRUGNY
634 Rue André Martin
76690 GRUGNY
02.32.93.80.00

**AUTORISATION DE PRISE DE VUES ET D'UTILISATION D'IMAGES
REPRÉSENTANT LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE**

<p>Personne concernée :</p> <p>Nom et Prénom :</p> <p>Nom de l'organisme (le cas échéant) :</p> <p>Né(e) le :</p> <p>Demeurant</p> <p><input type="checkbox"/> En tant que personne majeure, en capacité de prendre cette décision en mon nom propre</p>	<p>Représentant :</p> <p>Nom et Prénom :</p> <p>Nom de l'organisme (le cas échéant) :</p> <p>Déclare avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom en qualité de :</p> <p>_____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pour sécuriser l'accompagnement et les pratiques de soins, une photo récente de chaque personne accompagnée est enregistrée dans son dossier.

<p><input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas</p>	<p>à utiliser ma photo pour identification de mon dossier d'utilisateur/bénéficiaire/autre (lorsque l'utilisation ne rentre pas dans les mesures d'identitovigilance).</p>
<p><input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas</p>	<p>à utiliser ma photo pour identification de mon espace de vie et à l'afficher sur la porte de ma chambre.</p>
<p><input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas</p>	<p>à photographier et/ou filmer au cours de différents événements organisés par L'établissement (animations, réunions, activités, sorties) et utiliser les images (sur les supports papier ou numérique en ce qui concerne les photos) au sein de l'établissement uniquement dans la démarche conviviale ou communication interne.</p>

<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	à reproduire et à diffuser les photographies et/ou les vidéos me représentant prises par établissement dans le cadre de communication externe pour présenter et promouvoir l'établissement sur les plaquettes d'information, brochures, rapports d'activité, journaux de l'Établissement Public Départemental de Grugny, articles de presse nationale, panneaux d'affichage, objets de promotion imprimés, présentation en public lors des expositions, salons et autres événements publics.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	à reproduire et à diffuser les photographies et/ou les vidéos me représentant prise par l'établissement sur le site internet de l'établissement et les réseaux sociaux utilisés par l'Établissement Public Départemental de Grugny.

Cette autorisation est donnée gratuitement.

Elle est valable pour toute la durée de mon accompagnement par l'établissement.

Les photos et les vidéos sont conservées par l'établissement et/ou service de communication de l'Établissement Public Départemental de Grugny en France pour une durée maximale de 2 ans renouvelable par tacite reconduction.

Elles ne seront pas communiquées à d'autres personnes sans mon accord, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. Toute autre utilisation donnera lieu à une nouvelle autorisation.

L'établissement s'engage à ce que la diffusion des photographies, ainsi que les éventuels commentaires ou légendes les accompagnant, ne portent pas atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation des personnes concernées.

Je suis informé(e) que je dispose d'un droit de voir les images de moi qui sont diffusées par l'établissement ou de l'Établissement Public Départemental de Grugny, de corriger les informations me concernant, de demander à tout moment que l'établissement arrête d'utiliser mes photos et/ou vidéos ou qu'il les efface.

Je peux exercer mes droits auprès du directeur d'établissement. En cas de besoin, je peux poser mes questions au Délégué à la protection des données au dpo@epd-grugny.fr.

Si je ne suis pas satisfait du traitement de mes demandes, j'ai droit de faire une réclamation auprès de la CNIL.

Cette autorisation est établie en deux exemplaires originaux dont j'ai reçu ce jour un exemplaire.

Fait à _____ le _____

Signature :

Personne concernée : _____	Représentant : _____
------------------------------------------	------------------------------------