



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**
- 👉 **Carte de mutuelle**
- 👉 **Livret de famille**
- 👉 **Carte nationale d'identité**
- 👉 **Attestation de résidence**
- 👉 **Avis d'imposition ou de non imposition**
- 👉 **Notification de ressources**
- 👉 **Attestation d'assurance Responsabilité Civile**
- 👉 **Attestation CAF**
- 👉 **Notification de ressources (ex : AAH, invalidité...)**
- 👉 **Extrait du jugement de tutelle**

- 👉 **Rapports de stage**
- 👉 **Rapport éducatif**

- 👉 **Lettre psychologue**
- 👉 **Lettre médecin**
- 👉 **Lettre psychiatre**
- 👉 **Vaccinations**