



FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
FOYER DEPARTEMENTAL LANNELONGUE
Tél : 05.46.76.22.29 – Fax : 05.46.76.10.84 –
Mail : fdl@foyerlannelongue.fr

PHOTO
récente

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Date de la demande :.....

Réservé à l'administration :
Date de réception de la demande :.....

La demande d'admission concerne :

Un accueil en internat :

Un accueil en externat :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LA PERSONNE CANDIDATE :

IDENTITE

Nom Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse administrative :

Téléphone:

MESURE DE PROTECTION

OUI NON EN COURS A FAIRE

Type de mesure :.....

Date du jugement: **Tribunal de référence :**

Nom et adresse du responsable légal :.....

.....

Tél /mail :.....

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (NOM, PRENOM, ADRESSE, TEL)

.....

.....

.....

DOSSIER MDPH

OUI NON EN COURS

N° de dossier

Lieu de la demande initiale.....

ORIENTATION EN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

La personne dispose t'elle d'une décision d'orientation en **F.A.M** ? **Oui** **Non** **En cours**

Si non, quelle est la décision d'orientation actuelle ?

Si oui,

Date de début de notification :

Date de fin de notification :

CARTE MOBILITE INCLUSION :

OUI NON EN COURS

N° de carte :

Taux % date de validité :

CMI invalidité CMI priorité CMI stationnement

RESSOURCES ACTUELLES:

Type de ressources :

Montants :

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF)

N° d'allocataire :

Nom et adresse du centre :

SECURITE SOCIALE

N° de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de la caisse :

MUTUELLE

N° d'adhérent :

Nom et adresse de l'organisme :

AIDE SOCIALE

Demande de prise en charge par l'aide sociale :

OUI NON EN COURS


Dossier déposé le : __/__/____

A:

Lieu de la demande initiale:

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

LA DEMANDE D'ADMISSION EST DEPOSEE A L'INITIATIVE DE :

Nom Prénom :
Adresse :
 **Téléphone:**
Lien avec la personne :

LE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE D'ADMISSION A-T-IL ETE RECUEILLI ?

Oui Non

SITUATION SOCIALE

Situation :

- Célibataire Marié(e)
- Divorcé(e) Veuf (ve)

Adresse (personnelle _ conjoint(e)) (si différente de l'adresse administrative) :
.....

 :

Adresse des parents :
.....

 :

Fratrie (nom, adresse, n° tél) :
.....
.....
.....

Enfants (nom, adresse, n° de tél) :
.....
.....
.....

Autres personnes en lien avec l'utilisateur (nom, adresse) :
.....
.....

1-RESPIRER

Respiration: normale encombrement toux essoufflement Aides techniques :

Oui Non

Lesquelles :

2- BOIRE ET MANGER

La personne boit-elle seul(e) :

Oui Non avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles (ex : verre ergonomique, eaux gélifiées etc..) :.....

La personne mange-t-elle seul(e)

Oui Non avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles (ex : couverts ergonomiques, gastrostomie etc..) :.....

Mange-t-elle-en :

morceaux coupé fin haché mixé liquide

Est-elle sujet aux fausses routes :

Oui Non Rarement

Le temps du repas comporte-t-il des particularités ? Oui Non

Lesquelles ? :.....

Régime alimentaire :

OUI Lequel :.....

NON

Allergie(s) :

OUI Lesquelles :.....

NON

3 – PRENDRE SOIN DE SOI

Toilette seul(e) :

Seul(e) Avec aide partielle totale

avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles:.....

La personne a pour habitude de prendre:

des bains des douches toilette au lavabo toilette au lit

A quelle fréquence :.....

Le temps de la toilette comporte-t-il des particularités ? Oui Non

Lesquelles ? :.....

La personne est-elle autonome sur l'hygiène dentaire :

Oui Non partiellement totalement avec stimulation

Prothèses dentaires : Oui Non

La personne doit-elle avoir une vigilance particulière pour éviter l'altération cutanée :

- Oui Non Rarement

Préciser :

4- SE VETIR ET SE DEVETIR

La personne s'habille

- Seul(e) Avec aide
 partielle totale
 avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles:.....

La personne se déshabille seul(e):

- Seul(e) Avec aide
 Partielle totale
 Avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles:.....

5- ELIMINER

La personne va-t-elle au toilette:

Le jour :

- Seul(e) Avec aide
 Partielle totale
 Avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles:.....

La nuit :

- Seul(e) Avec aide
 Partielle totale
 Avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles:.....

Continence :

- Fécale Jour Nuit
 Urinaire Jour Nuit

6- MAINTENIR UNE POSTURE ET SE MOUVOIR

La personne tient-elle assise :

- OUI NON avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles (ex : fauteuil, déambulateur etc....) :.....

La personne se tient-elle debout :

- OUI NON avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles (ex : fauteuil, déambulateur etc....) :.....

La personne est-elle sujet aux chute(s) :

Oui Non Rarement

Si oui, a-t-elle un dispositif de mis en sécurité en place (ex : casque, téléassistance, etc) :

.....

La personne se déplace-t-elle seul(e) à l'intérieur :

OUI NON avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles (ex : fauteuil, déambulateur etc....) :

La personne se déplace-t-elle seul(e) à l'extérieur:

OUI NON avec stimulation avec aides techniques Lesquelles (ex : fauteuil, déambulateur etc....) :.....

La personne utilise-t-elle les transports en commun:

OUI NON avec stimulation avec aides techniques Lesquelles (ex : fauteuil, déambulateur etc....) :.....

Autonomie dans les transferts :

Oui Non avec stimulation avec aides techniques

Lesquelles (ex : lève malade etc....) :.....

La personne est-elle à l'aise dans les lieux publics très fréquentés? Oui Non

Pourquoi :

.....

7- DORMIR ET SE REPOSER

Horaires de coucher habituels :

Horaires de lever habituels :.....

La personne dort-elle bien la nuit :

Oui Non Rarement

La personne se lève-t-elle la nuit :

Oui Non Rarement

La personne a-t-elle besoin de repos dans la journée :

Oui Non Rarement

La personne s'endort-elle facilement :

Oui Non avec stimulation avec aides techniques

Précisez :

Comment se comporte-t-elle lorsqu'elle se réveille ?

.....

Autres particularités (rituel, objet transitionnel etc..) :.....

8- EVITER LES DANGERS (comportement)

La personne connaît-elle ses traitements :

- Oui Non

La personne est-elle en capacité de gérer ses traitements :

- Oui Non Rarement

La personne peut-elle sujette à :

- De l'agitation de l'agressivité physique de l'agressivité verbale
 Envers elle-même envers les autres

En quelles circonstances

La personne présente-t-elle une addiction à :

- L'alcool la drogue aux médicaments tabac autres

Précisez :.....

La personne est-elle sujette aux fugues :

- Oui Non Rarement

La personne se met-elle facilement en danger ?

- Oui Non Rarement

Précisez :.....

A-t-elle des conduites à risques particulières connues ?

- Oui Non Rarement

Précisez :.....

9- COMMUNIQUER ET INTERAGIR AVEC SES SEMBLABLES

Port de lunettes et/ou lentilles : Oui Non

Qualité de la vue :

- bonne (sans correction) bonne (avec correction)
 mauvaise (sans correction) mauvaise (avec correction)

Port de prothèse auditive : Oui Non

Qualité de l'ouïe:

- bonne (sans correction) bonne (avec correction)
 mauvaise (sans correction) mauvaise (avec correction)

La personne est-elle en capacité de communiquer :

- Oui Non

Comment communique la personne:

- langage oral langage corporel

Précisez (outils, aide technique etc.):.....

La personne a-t-elle des difficultés pour se faire comprendre :

- Oui Non Rarement

La personne a-t-elle un discours cohérent :

- Oui Non Rarement

Comment la personne se comporte-t-elle dans un groupe ?

.....
.....

La personne est-elle réservée?

Oui Non

Présente-t-elle une sensibilité aux stimuli extérieurs (bruits, lumière etc...) : Oui

Non Rarement

Précisez :.....

Comment la personne réagit-elle face à la frustration ?

.....
.....

La personne est-elle en difficulté pour gérer ses émotions (colère, peur, joie etc..) :

Oui Non Rarement

Précisez :.....

La personne a-t-elle des relations affectives ou amoureuses nécessitant un accompagnement et/ou un aménagement spécifique :

Oui Non

Précisez :.....

10- S'OCCUPER, SE REALISER (actes de la vie courante)

La personne est-elle en capacité de réaliser une activité en toute autonomie

: Oui Non partiellement totalement

Avec stimulation avec aides techniques

Précisez :.....

Quels sont les centres d'intérêts de la personne :

Qu'aime-t-elle faire ?

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

Qu'est-ce qu'elle n'aime pas faire ?

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

La personne sait-elle se repérer dans le temps :

Oui Non Rarement

La personne sait-elle se repérer dans l'espace :

Oui Non Rarement

11- AGIR SELON SES CROYANCES, SES VALEURS

Merci de nous préciser toutes informations que vous jugerez nécessaires de nous transmettre à ce sujet :.....
.....
.....
.....
.....
.....

12- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Merci de nous préciser toutes informations que vous jugerez nécessaires de nous transmettre à ce sujet. (ex : prestations extérieurs, relations avec la famille, retour en famille : qui et fréquence, difficultés sociales particulières etc..

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

Dossier établi le :
A :

Par (M. ou Mme) :
Qualité :

Signature