



## LE FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE « LE PATIO » ET « L'ARC-EN-CIEL » (FAM) DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

1 DOSSIER MEDICAL p.2

2 FICHE SOCIALE p.6

3 AUTONOMIE SOCIALE p.9

4 FICHE D'AUTONOMIE p.11

### PIECES A FOURNIR

- Notifications MDPH (orientation, cartes, AAH...)
- Bilan éducatif (si actuellement en établissement médico-social)
- 1 photocopie de la carte d'identité, du passeport ou du titre de séjour
- 1 photo d'identité

***Merci de compléter tous les documents***

## 1. DOSSIER MEDICAL

**A compléter par un médecin**

### IDENTITE

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Adresse de la famille : .....

.....

Téléphone : .....

Courriel : .....

### ETAT GENERAL

Taille : .....

Poids : .....

T A : .....

### NATURE DU HANDICAP PRINCIPAL :

### ORIGINE

Congénitale

Acquis depuis le : .....

Cause : .....

### EVOLUTION DEPUIS LE DEBUT

Amélioration

Stabilisation

Aggravation

**CHRONOLOGIE SUCCINCTE DES PLACEMENTS ANTERIEURS :**

**HANDICAP LOCOMOTEUR :**  OUI  NON

Localisation :

Cause :

Appareillage Eventuel :

**HANDICAP VISUEL :**  OUI  NON

Cause et Nature :

Acuité Visuelle :

Port de Verres Correcteurs :  OUI  NON

Troubles Associés (Champ Visuel, Nystagmus,.) :

**HANDICAP AUDITIF :**  OUI  NON

Cause et nature :

Acuité auditive :

Appareillage :  OUI  NON

Troubles associés :

**HANDICAP NEUROLOGIQUE :**  OUI  NON

Cause :

Paralysie :  MSD  MSG  MID  MIG

Hémicorps D  Hémicorps G

Tremblements et mouvements anormaux :

Troubles de l'équilibre :

Autres :

## HANDICAP NEUROPSYCHOLOGIQUE

Déficiences intellectuelles (préciser) : Q.I. :

Détérioration ou démence :

Troubles de la mémoire :

Trouble du langage :  OUI  NON  
(Préciser) :

## COMITIALITE

Type de crises : .....  
.....  
.....

Fréquence actuelle : Conséquences des crises :

Blessures :  
Fractures :  
Etat confusionnel :  
Perte d'urine fréquente :  
Autres :

Traitement actif en cas de crises en séries :

Traitement actuel :

Traitements essayés :

Dosages :

Surveillance particulière (nf, ...) :

Examens neuroradiologiques résultats des E.E.G :

Autres renseignements utiles :

**HANDICAP PSYCHIATRIQUE**

- Etat névrotique
- Etat psychotique
- Etat déficitaire
- Autres

Préciser : .....

.....

.....

**AUTRES AFFECTIONS** (cardiovasculaire, uro-génitale, digestive, etc. ) :

Causes :

Nature des troubles, signes associés .....

.....

.....

.....

**INTOLERANCE ET ALLERGIES :**

## 2. FICHE SOCIALE

NOM :

Prénom :

Nationalité :

Situation civile :

### SA FAMILLE

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION
PERE :				
MERE :				
CONJOINT :				
Mariage le : Divorce-le : Séparation le : Remariage le :				
FRATRIE :				

Adresse des parents :

Téléphone des parents :

courriel : .....@ .....

Adresse du conjoint :

Téléphone du conjoint :

courriel : .....@ .....

### SA SCOLARITE

- Age de fin de scolarité :
- Niveau atteint :
- Diplôme obtenus :

### SES PLACEMENTS INSTITUTIONNELS

Adresses des Centres	Dates des placements

SON PASSE PROFESSIONNEL (préciser la nature de l'emploi, nom et adresse de l'employeur, dates) :

### SA SITUATION ADMINISTRATIVE

- Organisme de prise en charge (nom et adresse précis) :
  
- Assuré :
- N° d'immatriculation :
- Exonération du ticket modérateur avec fin de droits :
- Mutuelle complémentaire (nom et adresse précis, N° d'adhérent, N° de téléphone) :

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'ASSURE SOCIAL**

- **Ressources** (préciser la nature : A.E.E.H., A.A.H., I.J., Pension d'Invalidité, R.M.I., ...) :
  - Le N° d'allocataire ou de pension :
  - l'organisme payeur (adresse précise) :
  - la date d'échéance :
- **Mesure de protection aux Incapables Majeurs** (préciser Tutelle, Curatelle, Sauvegarde de Justice..., ainsi que les coordonnées de la personne qui exerce cette mesure) :

**SERVICES SOCIAUX**

Préciser éventuellement les coordonnées de l'Assistante Sociale qui vous accompagne :



## 3. AUTONOMIE SOCIALE

### EXPERIENCE TRAVAIL

- Apprentissages (types d'ateliers) :
- Poste occupé :
- Intérêts manifestés :
- Aptitudes particulières :
- Capacité, rythme de travail :
- Motivation (globale ou sélective) :  
Dans quel cas ?

### NIVEAU DES ETUDES

- Sait écrire :
- Sait lire :
- Sait compter :

### ACTIVITES

- Manuelles :
- Artistiques :
- Culturelles (TV, lecture, musique, photo, etc...) :
- Occupations favorites :
- Occupations souhaitées :
- Sport :
- Sorties-voyages

## RELATIONS AVEC LA FAMILLE

- Rythme souhaité :
  - Par l'intéressé :
  - Par la famille :
  
- Possibilités de sorties chez les parents  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_
  
- Sorties possibles chez fratrie, famille, amis :
  - A conserver :
  - A développer :
  - Facilitées par le rapprochement :  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_
  
- Attachement (normal, exagéré, distant) :

## SOCIALISATION

- Sorties :                       Libres                       Accompagnées
  
- Sait se repérer :
  
- Autonomie budgétaire :                       Complète                       A surveiller                       Nulle
  
- Notion du temps :

## 4. FICHE D'AUTONOMIE

Légende AS = à stimuler

COMPOTEMENT		MEMOIRE	
<u>Conscience de son état</u> :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Désinhibition</u> :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<u>Douleurs</u>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Agressivité</u> :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<u>Plaintes</u>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Angoisse</u> :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<u>Prise d'initiative</u>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Fugue</u> :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<u>Troubles de l'attention</u> :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Comportements répétitifs</u> :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		<u>Suicidaire</u> :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		<u>Autres</u> :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		<u>Passé</u> , se souvient de son histoire :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>
		<u>Présent</u> , oublie à mesure :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>
		<u>Visages</u> , reconnaît les personnes :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>

COMMUNICATION	ORIENTATION
<u>Compréhension du langage</u> :	<u>Dans le temps</u> : aide technique
parlé :	agenda
écrit :	autres : à préciser .....
<u>Mode d'expression</u> :	<u>Spatiale</u> : totale <input type="checkbox"/>
verbal :	partielle <input type="checkbox"/>
gestuel :	Fiable dans un lieu inconnu :
écrit :	Fiable dans un lieu connu :
<u>Code de communication</u> : lequel ?	N'est jamais fiable :
ardoise <input type="checkbox"/>	
synthèse vocale <input type="checkbox"/>	

PERCEPTION		ALIMENTATION	
Douleur : Perception	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Comportement :	Assiette adaptée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Altération d'un ou de plus des cinq sens		Normal	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Odorat :		Anorexie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Vue :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Boulimie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Toucher :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Lenteur	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Ouïe :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Fausse route :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Goût :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Alimentation parentérale :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Aliments interdits :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Aides techniques :		Régimes à préciser : .....	Table adaptée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Lunettes		A table	Position adaptée :
Appareil auditif	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	mange seul :	à préciser : .....
Appareil dentaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	boit seul :	
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	paille	
Déficiences particulières : Vue		verre	
Ne voit pas à gauche		canard	
Ne voit pas à droite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Epaississant :	
Est aveugle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
DEPLACEMENT			
Marche		Canne :	Escaliers
seul :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	intérieur	seul
intérieur :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	extérieur	avec aide humaine
extérieur :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	Déambulateur :	Technique
		intérieur	rampe à droite
Avec aide humaine :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	extérieur	rampe à gauche
intérieur	<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant :	
extérieur	<input type="checkbox"/>	intérieur	
		extérieur	
Technique :			Voiture : conduit
			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		INDEPENDANCE	
		Totale en dehors du centre	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		Partielle, doit être accompagné	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

TOILETTE	Marquer les zones au stabilo	INDEPENDANCE	
Seul	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	Au lit	
Se raser	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	Potence	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
rasoir électrique	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Manette de commande	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
manuel	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Se retourne seul au lit	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Se brosser les dents	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	Si danger :	
brosse manuelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	peut-il appeler au secours par	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
électrique	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Sonnette	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Se coiffer	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	Crier	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
peigne	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	A-t-il conscience du danger ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
brosse	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

HABILLAGE	Marquer les zones au stabilo	TRANSFERTS	
Seul	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	Indépendant	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>
		Debout au bord du lit	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>
		Aide technique	
		Potence	<input type="checkbox"/>
		Lève-personne	<input type="checkbox"/>
		Autre	<input type="checkbox"/>

SECURITE			OCCUPATIONNEL	ELIMINATION	
Au lit			Télévision	Continence urinaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Barrières	droite <input type="checkbox"/>	gauche <input type="checkbox"/>		si non	
Attaché au lit	droite <input type="checkbox"/>	gauche <input type="checkbox"/>	Musique	de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/>	
Sangles	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Travaux manuels lesquels :	couche	
Au fauteuil				de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/>	
Sangles	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Cheval	penilex	
			Piscine	de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/>	
			Loisirs autres :	Continence fécale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
				si non	
			Sorties :	de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/>	
				WC	jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>
				Chaise percée	jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>
				Bassin	jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>
				Urinal	jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>

Nom et qualité du médecin ayant rempli ce dossier (adresse, téléphone et mail)

Date : .....

Signature et tampon :