



**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 permanent :   
Un accueil en externat :                       Un accueil temporaire :

**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 :**

.....

**☎ :** .....

**Fratric (nom, adresse, n° tél) :**

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

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



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

**RENSEIGNEMENTS SUR LA VIE QUOTIDIENNE - LES BESOINS FONDAMENTAUX DE LA PERSONNE**

---

**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 SEDEVETIR

---

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:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seul(e)          | <input type="checkbox"/> Avec aide             |
| <input type="checkbox"/> Partielle        | <input type="checkbox"/> totale                |
| <input type="checkbox"/> Avec stimulation | <input type="checkbox"/> avec aides techniques |

Lesquelles:.....

La nuit:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seul(e)          | <input type="checkbox"/> Avec aide             |
| <input type="checkbox"/> Partielle        | <input type="checkbox"/> totale                |
| <input type="checkbox"/> Avec stimulation | <input type="checkbox"/> avec aides techniques |

Lesquelles:.....

Continence

- |                                   |                               |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fécale   | <input type="checkbox"/> Jour | <input type="checkbox"/> Nuit |
| <input type="checkbox"/> Urinaire | <input type="checkbox"/> Jour | <input type="checkbox"/> Nuit |

---

## 4- 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 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 est-elle à l'aise dans les sorties à l'extérieur ?       Oui       Non

Pourquoi :.....

.....

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

Pourquoi :.....

.....

## 5- 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..) :.....



## 6- 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 : .....

## 7- 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 :.....

---

#### 8- 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

---

### 9- AGIR SELON SES CROYANCES, SES VALEURS

---

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

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

---

### 10- 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



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

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**PIECE A JOINDRE AU DOSSIER SOUS PLI CONFIDENTIEL**  
**ADRESSE AU MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT**

S'il y en a, joindre dans l'enveloppe dissociée une copie des différents bilans médicaux (comptes-rendus d'hospitalisations...)

**QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL**

**Nom du médecin Traitant:** .....  
**Adresse :**.....  
**Tél :**.....

**Concernant :**

**Nom :** ..... **Prénoms :** .....

**Date de naissance :**.....

**Adresse :** .....  
.....

**Dossier rempli par le Dr (si médecin différent du médecin traitant) .....**  
**Le :**

**Adresse :**.....

**Tél :**.....

***PARAMETRES***

---

**Taille :**..... **Poids** .....

**Vaccinations :**.....  
.....  
.....

***DIAGNOSTIC/PATHOLOGIE***

---

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

Pour les personnes souffrantes de TSA, le diagnostic a-t-il été établi :  Oui  Non  
Si oui, date et lieu : .....

***HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE***

---

- Congénital  maladie
- Accident de travail
- Accident de la vie privée

Maladie professionnelle

Date d'apparition : .....

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

***ANTECEDENTS MEDICAUX (PRECISER LES DATES)***

---

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

***ANTECEDENTS CHIRURGICAUX (PRECISER LES DATES)***

---

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

***HOSPITALISATIONS***

---

.....  
.....

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

**APPAREILLAGES**

---

**Corrections auditives :**

- Oui     Non

**Préciser :**.....

**Aide à la mobilité :**

- Fauteuil roulant manuel     fauteuil roulant électrique
- Déambulateur     canne(s)
- Orthèse, prothèse **Préciser :**
- Autres **Préciser :**

**Alimentation/élimination :**

- Gastrostomie     stomie digestive d'élimination
- Sonde urinaire
- Stomie urinaire

**Aides respiratoires :**

- Trachéotomie
- Oxygène    **Préciser :** l/min    h/24h
- Appareil de ventilation **Préciser :**
- Autres

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

*Antécédents familiaux*

---

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

*TRAITEMENT*

---

Nom du médicament	Matin	Midi	Soir	Coucher

**Suivi médical spécialisé** (dermatologue, ophtalmo, gynécologue, dentiste, psychiatre...) :  
Fréquence et nom du praticien :

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



**DISPOSITIF DE SOINS :**

---

S'il y en a un, quel est le dispositif de soins actuel ?

<b>Kinésithérapie</b> : Oui (fréquence) .....	Non
<b>Ergothérapie</b> : Oui (fréquence).....	Non
<b>Orthophonie</b> : Oui (fréquence) .....	Non
<b>Psychomotricité</b> : Oui (fréquence).....	Non
<b>Psychothérapie</b> : Oui (fréquence) .....	Non
<b>Ateliers thérapeutiques</b> : Oui (fréquence) .....	Non
<b>Autres</b> : .....	
.....	
.....	

La personne présente t'elle un déficit intellectuel ?  Oui  Non  
De quelle importance ? Léger    Moyen    Profond

Présente t'elle des troubles psychiques ou psychiatriques ?  Oui  Non  
De quelle nature ? .....

.....

.....

**ALLERGIE**

---

La personne a t'elle des allergies connues (préciser) .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Autres précisions utiles concernant l'état de santé ou le suivi du patient**

.....

.....

.....

.....

.....

