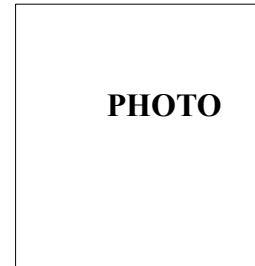




**FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE**  
**FOYER DEPARTEMENTAL LANNELONGUE**  
Tél : 05.46.76.22.29 – Fax : 05.46.76.10.84 –  
Mail : fdl@foyerlannelongue.fr

Version du 5 février 2013



### DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Date de la demande : .....

#### La demande d'admission concerne :

- Un accueil en internat :   
Un accueil en externat :

#### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LA PERSONNE CANDIDATE :

---

##### *IDENTITÉ*

Nom Prénom : .....  
Sexe : M      F  
Date de naissance : .....  
Lieu de naissance : .....  
Nationalité : .....  
Adresse actuelle : .....  
.....  
Téléphone actuel : .....

##### *MESURE DE PROTECTION*

OUI       NON       EN COURS       A FAIRE  
 TUTELLE       CURATELLE SIMPLE       CURATELLE RENFORCEE  
Date du jugement de tutelle : ..... Tribunal de référence : .....  
Nom et adresse du responsable légal (mandataire judiciaire).....  
.....  
Tél / mail : .....  
PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (NOM, PRÉNOM, ADRESSE, TEL).....  
.....  
.....

**NOTIFICATION MDPH**

OUI             NON             EN COURS

N° de dossier.....Département.....

Date de début de notification.....

Date de fin de notification.....

**Orientation :**

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

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

**CARTE D'INVALIDITÉ :**

Oui N° de carte :.....

Taux .....% du ..... au .....

Non

**RESSOURCES ACTUELLES :**

Allocation adulte handicapé (AAH)

Allocation compensatrice (PCH)

Pension d'invalidité

Fonds national de solidarité

Autres ressources : .....

**CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF)**

N° d'allocataire : .....

Nom et adresse du centre : .....

**SÉCURITÉ 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 :

- Dossier déposé le :.....
- A la mairie de : .....
- Ou au Centre Communal d'Action Sociale de :.....

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**SITUATION SOCIALE**

---

***Situation :***

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

**Adresse (personnelle \_ conjoint(e)) :** .....



**Adresse des parents :** .....



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

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

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

**Relation avec la famille**.....

**Retour en famille (qui, fréquence) :** .....

**Difficultés sociales particulières :** .....

**Parcours antérieur de l'utilisateur (dates, lieux, types d'établissements, motifs des changements) :** .....

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


**Mode de vie actuel :**

**Lieu d'hébergement actuel (famille, institution) :** .....

.....

**Adresse :** .....

.....

 .....

Dans le cas d'une prise en charge institutionnelle :  Internat  Externat

**RENSEIGNEMENTS SUR LA VIE QUOTIDIENNE**

---

***Soins corporels***

La personne se lave :  seule  avec aide partielle  avec aide totale

Comment la toilette se déroule t'elle (plaisir, refus, nécessité d'appareillage...) ? :.....

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

La personne est-elle énurétique ?  Oui  Non  Rarement

La personne est-elle encoprétique ?  Oui  Non  Rarement

Porte t'elle des protections le jour ? la nuit ?.....

.....

Autres aides techniques ?

La personne s'habille :  seule  avec aide partielle  avec aide totale

***Alimentation***

La personne mange :  seule  avec aide partielle  avec aide totale

Elle mange :  en morceaux  coupé fin  haché  mixé  liquide

Elle boit :  liquide  avec un épaississant (eau gélifiée...)

A t'elle besoin d'appareillage (sonde naso-gastrique, gastrostomie...) ? :.....

.....

.....  
.....  
Utilise t'elle des couverts ergonomiques ? Lesquels ? :.....  
.....  
.....

Est-elle sujette aux fausses routes ? :  Oui    Non    Rarement

Le temps du repas comporte t'il des particularités ? Lesquelles ? :.....  
.....  
.....

***REPOS ET SOMMEIL***

La personne a t'elle besoin de repos dans la journée ?.....  
.....

Comment le manifeste t'elle ?.....  
.....

Est-elle habituée à faire une sieste ?.....  
.....

Dort-elle bien la nuit ?.....

S'endort-elle facilement ?.....  
.....

A t'elle besoin de se lever la nuit ?.....

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

- La nuit.....
- Le matin.....

Horaires de coucher et de lever habituels :.....  
.....

Eventuels problèmes particuliers :.....  
.....  
.....

***HABITUDES***

La personne a t'elle des habitudes particulières, des rituels ou des objets rassurants ?  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
**RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPORTEMENT ET LA VIE RELATIONNELLE**

---

***MOYENS D'EXPRESSION ET DE COMMUNICATION DE LA PERSONNE***

Parvient-elle à se faire comprendre ?.....  
.....  
.....

Comment ?.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

***RELATION À L'AUTRE***

Comment la personne se comporte t'elle dans un groupe ?.....  
.....  
.....

Présente t'elle une sensibilité aux stimuli extérieurs (bruits, lumière etc...) ?.....  
.....  
.....

Est-elle réservée ou va t'elle facilement vers les autres ?.....  
.....  
.....

Peut-elle faire preuve d'agressivité ? Si oui, comment et en quelles circonstances ?.....  
.....  
.....

***RESPECT DES RÈGLES***

Comment la personne réagit-elle face à la frustration ?.....  
.....  
.....

La personne se met-elle facilement en danger ? A t'elle des conduites à risques particulières que l'on connaît ?.....  
.....  
.....  
.....

***GESTION DES ÉMOTIONS***

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

**VIE AFFECTIVE**

La personne a t'elle des relations affectives ou amoureuses nécessitant un accompagnement et/ou un aménagement spécifique ?.....

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

**CENTRE D'INTÉRÊTS**

La personne est-elle à l'aise dans les sorties à l'extérieur ?.....

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

Dans les lieux publics très fréquentés (magasins...) ?.....

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

Qu'aime t'elle faire ?.....

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

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

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

Informations complémentaires :.....

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

**DÉPLACEMENTS / MOTRICITÉ**

Comment la personne se déplace t'elle au quotidien ? Dispose t'elle d'un appareillage (fauteuil roulant manuel, électrique, canne, déambulateur...).....

.....  
.....

Y a t'il des risques de chutes ?.....

.....

Si la personne est en fauteuil, comment effectue t'elle ses transferts ?.....

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

Comment la personne se repère t'elle dans l'espace :

- A l'intérieur ?.....

.....

- A l'extérieur ?.....

.....

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**

**PIÈCE À JOINDRE AU DOSSIER SOUS PLI CONFIDENTIEL**  
**ADRESSÉ AU MÉDECIN DE L'ÉTABLISSEMENT**

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

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

Nom du médecin référent : .....

Concernant :

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Dossier rempli par le Dr.....

Adresse : .....

Tél : .....

### *PARAMÈTRES*

---

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

TA.....

Groupe sanguin : .....

Vaccinations : .....

.....

.....

### *DIAGNOSTIC*

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

***ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX***



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

***ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX***



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

***HOSPITALISATIONS***



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

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

***APPAREILLAGE***

---

**Pour les déplacements :**

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

**Pour l'alimentation :**

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

**Sonde urinaire :**  Oui     Non

**Autres :**

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

***Antécédents familiaux***

---

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

.....  
.....  
***TRAITEMENT***

---

Nom du médicament	Matin	Midi	Soir	Coucher

**Spécialistes qui suivent le patient** (dermatologue, ophtalmo, gynécologue, dentiste...) :

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

***DISPOSITIF DE SOINS :***

---

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

- Kinésithérapie** : Oui (fréquence.....) Non  
**Orthophonie** : Oui (fréquence.....) Non  
**Psychomotricité** : Oui (fréquence.....) Non  
**Psychothérapie** : Oui (fréquence.....) Non  
**Ateliers thérapeutiques** : Oui (fréquence.....) Non

**Autres** : .....  
.....

.....  
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**

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