

LIEU DE VIE ET SUIVI ACTUEL

A domicile En famille En famille d'accueil Chez des amis

En institution : (précisez l'association)

Foyer logement

I.M.E.

Foyer de Vie

F.A.M.

Participation en ESAT

A l'hôpital : Depuis le :

Nom du service :

Autre :

Suivi : CMP SAVS Autre

Coordonnées :

PROFESSION(S) ANTERIEURE(S)

S'il y a lieu :

Nombre d'années travaillées :

PERSONNES SOLLICITANT L'ADMISSION

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Lien avec le demandeur :

MANDAT JUDICIAIRE POUR LA PROTECTION DES MAJEURS

Type de mandat : Curatelle Tutelle Autre :

Nom, Adresse du représentant légal :

Téléphone :

Mail :

Demande en cours, date :

PERSONNES A PREVENIR

Nom / Prénom : Nom / Prénom :

Adresse :

Adresse :

Téléphone / fax :

Téléphone / fax :

Mail :

Mail :

Qualité :

Qualité :

NOTIFICATION

RAPPEL : tout dossier dans notification ne sera pas étudié en commission d'admission.

COUVERTURE SOCIALE

N°Sécurité Sociale :

ALD :

Adresse de caisse :

Adresse de mutuelle :

N°Adhérent :

Carte d'invalidité : OUI NON

RESSOURCES

AAH Allocations Logement Social Biens immobiliers* :

Rentes (préciser le type de rente)* :

Pensions (préciser)* :

Autres ressources* :

Imposition : OUI NON * Veuillez indiquer le montant et les modalités de paiement (mensuel, trimestriel ou annuel)

Avez-vous déposé une demande de PCH ? OUI NON Si oui date de la demande : .. / .. /

Numéro de dossier (classothèque) :

FINANCEMENT DE L'HEBERGEMENT

- Payant
- Aide Sociale, si oui date et lieu du dépôt de la demande :
- Allocation Logement
- PCH

INFORMATION

Une chambre équipée peut-être mise à disposition des familles moyennant une contribution financière.

Contactez l'établissement pour les modalités de fonctionnement.

OBSERVATIONS

Avez-vous déjà visité l'établissement : OUI NON

Observations diverses :

HISTOIRE DE LA PERSONNE DEMANDEUSE

(à remplir par l'équipe éducative et/ou l'assistante sociale, psychologue...)

NOM : **PRENOM :**

1/ Enfance :

2/ Scolarité (primaire, secondaire, autre), Travail :

3/ Traumatismes majeurs au cours de sa vie :

4/ Vie relationnelle et sociale :

** En groupe, en relation privilégiée, par rapport aux professionnels...*

5/ Contexte familial :

6/ Mode de vie actuel :

7/ Préparation au projet d'accueil :

- Motif de la demande :

- L'intéressé est-il partie prenante du projet :

- Depuis quand :

- Avec qui :

- Comment (entretiens réguliers, activités au SAJ, suivi CMP, séjour de rupture...) :

- Position de la famille face au projet :

- Autres projets d'accueil :

CONDUITE DE VIE

VIE QUOTIDIENNE ET HABILETES SOCIALE

Aptitudes à gérer son alimentation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Peut se mettre en danger	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à gérer son hygiène	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à s'habiller	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Gestion de son rythme de vie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à entretenir son espace personnel	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		

Aptitudes à gérer son linge	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à faire des courses	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à gérer son argent	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à assurer une gestion administrative	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à se déplacer dans l'espace * Besoin d'une aide matérielle, canne, fauteuil, en difficulté face aux escaliers...	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à se déplacer seul(e)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		

Aptitudes pour se repérer dans le temps	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à gérer son temps libre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Loisirs, centres d'intérêts	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec explications <input type="checkbox"/> Besoin d'un accompagnement léger <input type="checkbox"/> Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
TROUBLES DE LA CONDUITE			
Troubles Comportementaux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<u>Précisez de quel ordre :</u>
Conduites addictives	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<u>Précisez la dépendance :</u>
Fumeur	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<u>Quelle gestion de ses cigarettes:</u>
Humeur	<input type="checkbox"/> Stabilisée <input type="checkbox"/> Anxieuse <input type="checkbox"/> Dépressive <u>Observations :</u>		

Commentaires généraux : (veuillez joindre une synthèse éducative du quotidien)

NOM :

FONTION :

DATE :

DOSSIER MEDICAL

(à remplir par le médecin et à envoyer sous pli confidentiel)

Médecin traitant : (Nom, adresse, téléphone)

Médecin Psychiatre : (Nom, service, unité, adresse, téléphone)

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE DEMANDEUSE

NOM / PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Sexe : H F

DIAGNOSTIC

ANTECEDANTS MEDICAUX / CHIRURGICAUX PRINCIPAUX

PATHOLOGIE ACTUELLE ET/OU NECESSITANT UN SUIVI

ETAT GENERAL DE LA PERSONNE

TRAITEMENT ET SOINS EN COURS

PATHOLOGIE DONNANT DROIT A UNE ALD

(Merci de joindre le protocole de soins de l’Affection de Longue Durée)

INTERVENANTS MEDICAUX / PARA-MEDICAUX ACTUELS

Médecins spécialistes (noms / téléphone) :

Infirmier(e) (noms / téléphone) :

Kinésithérapeute (nom / téléphone) :

Autres (nom / téléphone) :

HISTOIRE DE LA MALADIE

1/ Début des troubles :

2/ Chronologie des prises en charges (institutionnelles, psychiatriques, psychologiques) :

3/ Symptômes majeurs de la maladie :

4/ Situations anxiogènes :

5/ Manifestation des passages à l'acte éventuels et/ou mise en danger :

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

	Spontané	Stimulé	Aidé	Dépendant
Transfert (Lit / Fauteuil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette – Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ETAT PSYCHIQUE ET FONCTIONS COGNITIVES

Orientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Totale	
Mémoire	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Troubles modérés	<input type="checkbox"/> Troubles majeurs	
Comportement	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Apathie	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Déambulation incontrôlée
Humeur	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Dépression	
Autres				
Tendance à la fugue	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

DEFICIENCES SENSORIELLES

Lunettes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Gère seul ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareil dentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Gère seul ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres prothèses :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Gère seul ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Surdité	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Gère seul ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareillée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	

HABITUDES ALIMENTAIRES

Régime particulier (préciser) :

Texture : Hachée Mixée Lisse

Convictions religieuses (préciser) :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

EPILEPSIE : OUI NON Stabilisée : OUI NON

** Si oui, préciser le traitement paragraphe 5*

DIABETE : OUI NON Stabilisé : OUI NON

** Si oui, préciser le traitement paragraphe 5*

Aptitudes à contrôler son diabète : OUI NON

Aptitudes à gérer seul le traitement : OUI NON

ALLERGIES : OUI NON

** Si oui, préciser la nature et le traitement paragraphe 5*

Aptitudes à gérer seul les aérosols : OUI NON

VACCINS : Veuillez indiquer les dernières dates de vaccinations et/ou fournir une photocopie du carnet.

A l'admission, il sera demandé un certificat de mise à jour des vaccins.

NOM DU MEDECIN :

FONCTION :

DATE :

PARTIE A REMPLIR PAR L'INTERESSÉ(E)

Une demande d'accueil a été faite pour vous au Foyer d'Accueil Médicalisé / Foyer de Vie de la Résidence d'Accueil et de Soins du Perron, par l'équipe qui vous suit actuellement.

Dans le souci de préparer au mieux votre arrivée, nous vous remercions de bien vouloir remplir le document qui suit.

- Connaissez-vous Saint Sauveur / Saint Marcellin et ses alentours ?
-

- Quels sont vos passe-temps favoris, centres d'intérêts ?
-

- Actuellement, participez-vous à des activités ? Si oui lesquelles ?
-

- Savez-vous lire ? OUI NON et écrire ? OUI NON

- Est-ce que vous fumez ? OUI NON

Si oui, avez-vous besoin d'aide dans la gestion de vos cigarettes ? OUI NON

- Avez-vous des meubles personnels que vous souhaitez amener ? OUI NON

- Arrivez-vous à nouer des contacts : très facilement facilement difficilement
 très difficilement

- Le contact avec votre famille est : très fréquent fréquent rare très rare jamais

- Etes-vous pratiquant d'une religion, si oui précisez :
-

Souhaitez-vous vous rendre au service religieux : le plus tôt après votre arrivée

de temps en temps, à la demande jamais

- Lorsque vous êtes en difficultés (angoisse, inquiétude, tristesse, souffrance, mal être...) vous avez tendance à :

En parler

Vous isoler des autres

A essayer de régler vos problèmes seuls

A devenir agité (coléreux, nerveux, impulsif...)

- Etes-vous d'accord avec le projet de venir vivre au Perron ?

- Remarques que vous souhaitez faire : habitudes de vie (heure à laquelle vous vous couchez, à laquelle vous vous levez...), plaisir, difficultés, ce que vous aimez, ce que vous craignez, vos difficultés, vos projets... :

Signature de l'intéressé(e) :

Signature du représentant légal :