



Photographie

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS POUR UNE ADMISSION EN :

- ☐ Foyer d'Accueil Médicalisé
- ☐ Foyer d'Accueil Médicalisé maladies neuro-dégénératives
- ☐ Foyer de Vie

ETAT CIVIL

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOM : SEXE : ☐ H ☐ F
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
NATIONALITE :
ADRESSE ACTUELLE : TELEPHONE :

Merci d'indiquer le DOMICILE DE SECOURS (dernière adresse privée d'une durée supérieure à 3 mois) :

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Veuf (ve), date :
☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e), date :

Autre, à préciser :

Nombre d'enfants :

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

Résidence d'accueil et de soins « LE PERRON » EPSMS (Etablissement Public Social et Médico-social)

BP 36, Saint Sauveur, 38161 Saint Marcellin CEDEX

☎ Service Admission: 04.76.38.64.10 – Mme PELERIN – mail : cdelordpelerin@emsleperron.eu

☐ 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 :

Résidence d'accueil et de soins « LE PERRON » EPSMS (Etablissement Public Social et Médico-social)

BP 36, Saint Sauveur, 38161 Saint Marcellin CEDEX

☎ Service Admission: 04.76.38.64.10 – Mme PELERIN – mail : cdelordpelerin@emsleperron.eu

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

Résidence d'accueil et de soins « LE PERRON » EPSMS (Etablissement Public Social et Médico-social)

BP 36, Saint Sauveur, 38161 Saint Marcellin CEDEX

☎ Service Admission: 04.76.38.64.10 – Mme PELERIN – mail : cdelordpelerin@emsleperron.eu

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

	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à faire des courses	☐ OUI	☐ NON	☐ Seul(e) ☐ Avec explications ☐ Besoin d'un accompagnement léger ☐ Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à gérer son argent	☐ OUI	☐ NON	☐ Seul(e) ☐ Avec explications ☐ Besoin d'un accompagnement léger ☐ Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à assurer une gestion administrative	☐ OUI	☐ NON	☐ Seul(e) ☐ Avec explications ☐ Besoin d'un accompagnement léger ☐ 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...	☐ OUI	☐ NON	☐ Seul(e) ☐ Avec explications ☐ Besoin d'un accompagnement léger ☐ Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
Aptitudes à se déplacer seul(e)	☐ OUI	☐ NON	☐ Seul(e) ☐ Avec explications ☐ Besoin d'un accompagnement léger ☐ Besoin d'une présence appuyée
	<u>Observations :</u>		
	☐ OUI	☐ NON	☐ Seul(e) ☐ Avec explications ☐ Besoin d'un accompagnement léger ☐ Besoin d'une présence appuyée

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

Résidence d’accueil et de soins « LE PERRON » EPSMS (Etablissement Public Social et Médico-social)

BP 36, Saint Sauveur, 38161 Saint Marcellin CEDEX

☎ Service Admission: 04.76.38.64.10 – Mme PELERIN – mail : cdelordpelerin@emsleperron.eu

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)	☐	☐	☐	☐
Déplacements	☐	☐	☐	☐

Toilette – Habillage	☐	☐	☐	☐
Continence :	☐	☐	☐	☐
- urinaire	☐	☐	☐	☐
- fécale	☐	☐	☐	☐

ETAT PSYCHIQUE ET FONCTIONS COGNITIVES

Orientation temporo-spatiale	☐ Normale	☐ Modérée	☐ Totale	
Mémoire	☐ Normale	☐ Troubles modérés	☐ Troubles majeurs	
Comportement	☐ Normal	☐ Apathie	☐ Agitation	☐ Déambulation incontrôlée
Humeur	☐ Normal	☐ Anxiété	☐ Dépression	
Autres				
Tendance à la fugue	☐ OUI	☐ NON		

DEFICIENCES SENSORIELLES

Lunettes	☐ OUI	☐ NON	Gère seul ? ☐ OUI ☐ NON
Appareil dentaire	☐ OUI	☐ NON	Gère seul ? ☐ OUI ☐ NON
Autres prothèses :	☐ OUI	☐ NON	Gère seul ? ☐ OUI ☐ NON
Surdité	☐ OUI	☐ NON	Gère seul ? ☐ OUI ☐ NON
Appareillée	☐ OUI	☐ 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 :

<u>PARTIE A REMPLIR PAR L'INTERESSÉ(E)</u>

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 :