

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION en

Hébergement temporaire*

Accueil de jour*

Hébergement permanent*

* Cocher le ou les services demandés

Orientation : Foyer de Vie
Foyer d'Accueil Médicalisé
Autres

Sommaire :

1 – Renseignements administratifs

Les attentes

2 – Vie sociale et relationnelle

3 – Établissements fréquentés

4 – Origine de la situation de Handicap

5 – Vie quotidienne

6 – Aides techniques et matériels utilisés

7 – Suivi médical (*tous les documents médicaux doivent être sous pli cacheté*).

8 – Documents à fournir.

Nom et adresse de la personne concernée par la demande : NOM : Prénom :	
Nom de la personne ayant rempli ce dossier : Fonction : Numéro de téléphone : Adresse postale mail :	
<u>Cadre réservé orghandi</u> Dossier reçu le :	Mises à jour :

Les informations recueillies sont nécessaires à l'étude de votre admission. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux membres de la commission d'admission de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser votre demande à l'adresse rgpd@orghandi.org.

1 - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

1.1-Identité

Nom :Prénom :

Date de naissance :Lieu de naissance :

..... Nationalité :

Adresse :

.....

N° de téléphone :N° tél. portable:.....

adresse mail :@..... (du demandeur)

Situation familiale :

Célibataire Veuf (ve)

Divorcé Séparé

Marié

Si marié :

Nom et adresse du conjoint(e) :

.....

Nombre d'enfants :Age :

Si vie au domicile des parents :

Nom, prénom et adresse du père du demandeur :

.....

Nom, prénom et adresse (si différente) de la mère.....

.....

Autre adresse mail :

Situation des parents :

Mariés Séparés Décédés

Place du demandeur dans la fratrie :

Tuteur:

Nom et adresse du tuteur :

.....

Nom et adresse de la personne s'occupant du demandeur:

.....

1.2-Couverture sociale

N° d'immatriculation: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle :

Notification MDPH :

Ressources :

Merci de
joindre une
photo.

Les attentes de cette demande d'accueil

- de la personne accueillie :

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

- de la famille :

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

2 - VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE

2.1-Centres d'intérêt :

-
-
-

2.2-Loisirs :

-
-
-

3 - ETABLISSEMENTS FREQUENTES (S'IL Y A LIEU)

Année	Nom et Adresse de l'établissement fréquenté

4 – ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP

Nom de la maladie ou du handicap principal:.....

.....

4.1-Origine du handicap :

- | | | | | |
|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|
| - Familial | <input type="checkbox"/> | - Accident | <input type="checkbox"/> | - Date : |
| - Naissance | <input type="checkbox"/> | - Maladie | <input type="checkbox"/> | - Date début : |
| - Acquis | <input type="checkbox"/> | - Autre | <input type="checkbox"/> | |

4.2-Evolutivité du handicap :

- Stabilisé
- Stabilisé avec rechutes possibles
- Evolution : - Lente
- Rapide
- Amélioration : - Possible

Quelles améliorations :.....

.....

.....

4.3-Présentation du handicap principal (description des troubles moteurs)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.4 -Handicap / troubles associés

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.1-Alimentation

- Manger seul
- Seul avec une aide technique
- Aide humaine partielle (soit pour couper la viande, soit pour stimulation)
- Aide humaine totale
- Alimentation mixée
- Alimentation orale impossible (sonde, gastrostomie...)
- Boisson normale
- Boisson gélifiée

- Appareil dentaire oui non

- Addiction à l'alcool
- Addiction autre.....

5.2-Toilette

- Seul
- Aide partielle quotidienne (pour une partie du corps, stimulation verbale)
- Aide totale mais collaboration
- Aide totale sans collaboration

- Douche: assis debout allongé

5.3-Habillage

- Seul
- Seul avec une aide technique (ex : enfile bas)
- Aide partielle quotidienne (pour mettre des boutons, des lacets ou stimulation verbale)
- Aide totale mais collaboration
- Aide totale sans collaboration

5.4-Continence urinaire

- Continence complète
- Incontinence d'effort ou occasionnelle
- Incontinence urinaire nocturne
- Incontinence urinaire jour et nuit

- Technique ou matériel utilisé :
- Etui pénien
- Urinal bassin
- Auto-sondages
- Protections
- Sonde-urinaire
- Stomie ou autres

5.5-Continence fécale

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Continence complète | | <input type="checkbox"/> |
| Incontinence | | <input type="checkbox"/> |
| <i>Matériel utilisé :</i> | Protection | <input type="checkbox"/> |
| | Montauban | <input type="checkbox"/> |
| | Bassin | <input type="checkbox"/> |
| <i>Technique utilisée :</i> | Toucher rectal | <input type="checkbox"/> |
| | Suppositoires | <input type="checkbox"/> |
| | Stomie ou autre | <input type="checkbox"/> |

5.6-Se lever et se coucher

- | | |
|--|--------------------------|
| Se lève et se couche seul | <input type="checkbox"/> |
| Seul dans son lit approprié (niveau, potence...) | <input type="checkbox"/> |
| Avec l'aide d'une personne | <input type="checkbox"/> |
| Totalement assuré par un tiers | <input type="checkbox"/> |
| Ne peut-être levé | <input type="checkbox"/> |

5.7-S'asseoir et se relever

- | | |
|--|--------------------------|
| Se lève et s'assoit seul | <input type="checkbox"/> |
| Seul dans un siège approprié (accoudoirs...) | <input type="checkbox"/> |
| Avec l'aide d'une personne | <input type="checkbox"/> |
| Est mis au fauteuil (y compris sangle) | <input type="checkbox"/> |
| Ne peut-être levé | <input type="checkbox"/> |

5.8-Transfert

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| Lit- fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| Lit-debout | <input type="checkbox"/> |
| Fauteuil - WC | <input type="checkbox"/> |
| Fauteuil - voiture | <input type="checkbox"/> |

5.9-Déplacement à l'intérieur

- | | |
|---|---------------------------------------|
| Seul sans appui | <input type="checkbox"/> |
| Seul avec appui matériel (cannes,) | <input type="checkbox"/> |
| Seul avec fauteuil roulant | - manuel <input type="checkbox"/> |
| | - électrique <input type="checkbox"/> |
| Avec l'aide d'une personne | <input type="checkbox"/> |

5.10-Déplacement à l'extérieur

- Seul sur tout terrain sans appui
- Seul sur tout terrain avec cannes
- Seul sur terrain plat avec : - fauteuil roulant manuel
- fauteuil roulant électrique
- Ne se déplace pas seul, même sur terrain plat. Nécessité d'une aide humaine

5.11-Vision

- Voit bien compris avec lunettes
- Vision altérée mais voit suffisamment pour éviter un obstacle
- Est malvoyant (cécité totale)
- Lunettes oui
- non

5.12-Audition

- Audition normale
- Difficulté d'audition, mais on peut se faire entendre (ex.: en répétant)
- Déficience auditive profonde
- Appareil auditif oui
- non

5.13-Fonctions respiratoires

- Normales
- Appareil de ventilation
- Type
- Fréquence
- Durée
- Trachéotomie

5.14-Sommeil

- Ne nécessite aucune intervention extérieure au cours de la nuit
- Nécessite une ou plusieurs interventions la nuit
- Agitation nocturne (se lève, déambule, cris, enjambe les barrières,...)

5.15-Orientation spatiale

Est bien orienté dans le grand et le petit espace (répond aux questions concernant le quartier, son adresse, l'établissement, la ville, décrit un itinéraire simple)

Est bien orienté uniquement dans le petit espace (sa maison, sa chambre, un lieu familier)

Errances, fugues

Est désorienté dans l'espace

5.16-Orientation temporelle

Est bien orienté dans la grande et la petite durée : repères de date, de mois ou d'année en cours, la saison, la dernière fête écoulée...

Est bien orienté uniquement dans la petite durée (connait l'heure approximativement, sait si c'est la matin, l'après-midi ou le soir)

Est désorienté dans le temps

5.17-Mémoire d'évocation

Evoque les faits récents (le menu du dernier repas, l'emploi du temps de la veille et du jour, les prénoms des membres de la famille proche...)

Evoque uniquement des faits très anciens (scolarité, début professionnels, mariage, fratrie..)

Aucune évocation cohérente possible, propos qui ne sont pas dans la réalité

5.18-Comportement

Sociabilité

Troubles de la personnalité

Agressivité

5.19-Communication

EXPRESSION :

A des difficultés d'élocution

Ne peut s'exprimer oralement

Bénéficie d'une aide technique (pictogramme, synthèse vocale)

COMPREHENSION

Comprend tout ce qu'on lui dit

Ne comprend que les phrases simples (ex : levez vous, allez à table..)

6 - AIDES TECHNIQUES ET MATERIELS UTILISES

MATERIEL	Pour un accueil définitif	
	Date d'acquisition	Fournisseur
- Fauteuil manuel <input type="checkbox"/>		
- Fauteuil électrique <input type="checkbox"/>		
- Montauban <input type="checkbox"/>		
- Lit électrique <input type="checkbox"/>		
- Matelas anti-escarre <input type="checkbox"/>		
- Coussin anti-escarre <input type="checkbox"/>		
- Lève personne <input type="checkbox"/>		
- Coquille <input type="checkbox"/>		
- Attelles <input type="checkbox"/>		
- Chaussures <input type="checkbox"/>		
- Béquille <input type="checkbox"/>		

7.1-Médecins et Paramédicaux

Médecin traitant

Nom:.....N°Tél:.....

Adresse:.....

.....

Infirmière

Nombre des soins par semaine :

Type de soins:.....

Nom:.....N°Tél:.....

Adresse:.....

Kinésithérapie

Nombre de séances par semaine:.....

Nom:.....N°Tél:.....

Adresse:.....

Orthophonie

Nombre de séances par semaine :

Nom:.....N°Tél:.....

Adresse:.....

Dentiste

Nom:.....N°Tél:.....

Adresse:.....

Date du dernier soin :.....Type de soin:.....

Appareillage:

Ophthalmologie

Nom:.....N°Tél:.....

Adresse:.....

Lunettes: Oui Non

Date de la dernière visite :.....

7.2-Spécialistes

Rééducateur fonctionnel

Nom:.....N°Tél:.....
Adresse:.....
Date de la dernière consultation:.....
Problème posé:.....

Urologue

Nom:.....N°Tél:.....
Adresse:.....
Date de la dernière consultation:.....
Problème posé:.....

Neurologue

Nom:.....N°Tél:.....
Adresse:.....
Date de la dernière consultation:.....
Problème posé:.....

Pneumologue

Nom:.....N°Tél:.....
Adresse:.....
Date de la dernière consultation:.....
Problème posé:.....

Cardiologue

Nom:.....N°Tél:.....
Adresse:.....
Date de la dernière consultation:.....
Problème posé:.....

Psychiatre

Nom:.....N°Tél:.....
Adresse:.....
Date de la dernière consultation:.....
Problème posé:.....

Autre spécialiste

Spécialité:.....
Nom:.....N°Tél:.....
Adresse:.....
Date de la dernière consultation:.....
Problème posé:.....

7.3-Epilepsie

Epilepsie: Oui Non
Traitée depuis quand:
Nombre de crises par mois :.....

7.4-Allergies

Types d'allergie:.....
.....

7.5-Hospitalisations et interventions

Date	Lieu	Médecin	Cause

8 – DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de joindre à ce dossier la copie des pièces suivantes :

- Avis d'orientation MDPH
- Décision d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés
- Carte d'invalidité
- Document relatant l'histoire de vie de la personne