

DOSSIER D'INSCRIPTION

pour

- FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE (FAM)**
- FOYER DE TRAVAILLEURS EN ESAT (FH)**
- FOYER DE VIE (FV)**
- FOYER D'ACCUEIL DE JOUR (AJ)**

Etabli le

Par

Cachet de l'établissement s'il ya lieu :

Demande pour un Hébergement permanent oui non

Demande pour un hébergement temporaire oui non

La personne est-elle informée de cette démarche ? oui non

Visite de l'établissement souhaitée oui non

(si oui, merci de prendre rendez-vous par téléphone au 02-51-62-84-70)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM..... NOM DE JEUNE FILLE.....

PRENOM.....

Date de naissance.....

Lieu de naissance.....

Adresse.....
Code postal..... VILLE.....
Tél.....
Adresse mail.....

Lieu de vie actuel.....
Profession..... Date de la cessation d'activité.....
Situation matrimoniale : Marié(e) Pacsé(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf (ve)
Enfants : oui non nombre

Notification CDAPH

- Orientation** Foyer occupationnel (FO)
 Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
 Foyer d'Hébergement pour travailleurs ESAT
 Accueil de jour

Date d'échéance.....

Caisse d'assurance maladie

N° d'assuré(e)

Caisse complémentaire

Affectation de longue durée (prise en charge à 100%) : oui non

Date de prise en charge : du **au**

Personnes à prévenir

Nom **Prénom**

Lien de parenté.....

Adresse.....

.....

Tél

Adresse mail

NomPrénom
Lien de parenté.....
Adresse.....
.....
Tél
Adresse mail

NomPrénom
Lien de parenté.....
Adresse.....
.....
Tél
Adresse mail

Mesure de protection

oui non

Si oui

curatelle renforcée curatelle tutelle

Jugement en date du

Représentant légal

NomPrénom
Lien de parenté.....
Adresse.....
.....
Tél
Fax
Adresse mail

PARCOURS DE VIE

ENFANCE

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



SCOLARITE

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



PROFESSION

.....
.....



HISTORIQUE FAMILIAL

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

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



ETABLISSEMENT SPECIALISE OU FAMILLE D'ACCUEIL oui non

Si oui, merci de préciser les lieux, dates

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

AUTONOMIE

TROUBLES SENSORIELS

Au niveau de la vue oui non

Si oui, appareillage

Au niveau de l'ouïe oui non

Si oui, appareillage

COMMUNICATION

Expression

langage parlé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
langage non verbal	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
écrite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Préciser

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

Compréhension

en adéquation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
difficile	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Préciser

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

Moyens de communication

sonnette	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
téléphone	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

ORIENTATION

Dans le temps oui non

Dans l'espace oui non

ELIMINATION

Continence urinaire

diurne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
nocturne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Continence fécale

diurne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
nocturne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Préciser

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

MOBILISATION

Se lever / se coucher

seul(e) oui non
avec surveillance oui non
avec aide oui non

Préciser

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

Marcher

seul(e) oui non
avec surveillance oui non
avec aide oui non

Préciser

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

Utilisation d'un fauteuil

oui non

Si oui

seul(e) oui non
avec surveillance oui non
avec aide oui non

Type de fauteuil

est –il personnel ?

oui non

Se déplacer

dans son lieu de vie oui non
à l'extérieur seul(e) oui non

Préciser

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

HYGIENE

Toilette seul(e) oui non
avec surveillance oui non
avec aide oui non

Préciser

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

Habillage seul(e) oui non
avec surveillance oui non
avec aide oui non

Préciser

.....
.....

ALIMENTATION

Mange seul(e) oui non
aide partielle oui non
avec aide totale oui non

Préciser

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

Troubles de la déglutition (fausses routes) oui non

Sonde de gastronomie oui non

Régime oui non

Préciser

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

Texture normale oui non
hachée oui non
mixée oui non

Appareillage dentaire

oui non

Préciser

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

Allergie(s) alimentaire(s)

oui non

Préciser

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

SOMMEIL - REPOS

Préciser les habitudes, les horaires

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

Sieste

oui non

AUTRES RENSEIGNEMENTS

La personne fume-t-elle ?

oui non

Si oui, quantité par jour ?

oui non

Un accompagnement est-il nécessaire ?

oui non

Préciser

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

La personne a l'habitude de consommer de l'alcool ?

oui non

Préciser

.....
.....



Autres

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

COMPORTEMENT

Repli sur soi

oui non

Auto-agressivité

oui non

Agressivité vis-à-vis des autres

oui non

Adaptation au groupe possible

oui non

Préciser

.....

.....

.....

.....

Risque de fugue

oui non

Risque d'errance

oui non

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



DOSSIER MEDICAL

A faire remplir par le médecin traitant et à renvoyer (sous pli confidentiel) avec le dossier administratif

NOM..... NOM DE JEUNE FILLE.....

PRENOM.....

Date de naissance.....

Lieu de naissance.....

Poids SI A.L.D., merci de préciser le motif

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

NomPrénom

Adresse.....

TélAdresse mail

SUIVIS MEDICAUX – COORDONNEES DES MEDECINS SPECIALISTES

Neurologue

NomPrénom

Adresse.....

TélAdresse mail

Psychiatre

NomPrénom

Adresse.....

TélAdresse mail

Gynécologue

NomPrénom

Adresse.....

TélAdresse mail

Ophtalmologue

NomPrénom

Adresse.....

TélAdresse mail

Dermatologue

NomPrénom

Adresse.....

TélAdresse mail

Dentiste

NomPrénom

Adresse.....

TélAdresse mail

Autres (merci de préciser la spécialité)

NomPrénom

Adresse.....

TélAdresse mail

SOINS PARAMEDICAUX

- | | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|
| Soins infirmiers | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Fréquence..... |
| Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Fréquence..... |
| Orthophonie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Fréquence..... |
| Psychologue | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Fréquence..... |
| Autres | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Fréquence..... |
| Préciser | | | |

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

PATHOLOGIE(S) – HANDICAP(S)

Diagnostic

.....
.....
fait en date du

Date de la survenue des troubles.....

Date et lieu de la première admission en milieu spécialisé

.....
.....



Hospitalisations antérieures (dates, lieux, fréquence) – Merci de joindre les copies des comptes-rendus d’hospitalisation

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



Histoire de la maladie motivant l’entrée dans l’établissement

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



ANTECEDENTS MEDICAUX

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



ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT MEDICAL AU MOMENT DE L'INSCRIPTION
(en aucun cas, ce tableau ne peut servir de prescription médicale)

Traitement	Injectable	Per os	Matin	Midi	Soir	Coucher

SOINS DIVERS (Collyres, pansements, sonde...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

ALLERGIES, INTOLERANCES et/ou CONTRE-INDICATIONS MEDICAMENTEUSES

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

VACCINATIONS (joindre une copie du carnet de santé)

D.T.C.P. oui non Date du dernier rappel

Grippe oui non Date du dernier rappel

Autres

..... Date du dernier rappel

..... Date du dernier rappel

..... Date du dernier rappel

..... Date du dernier rappel

Dossier établi le

Signature et cachet du médecin



DOCUMENTS A FOURNIR

- *L'accord d'orientation M.D.P.H. en cours de validité,*
- *Le livret de famille ou un extrait d'acte de naissance établi par la mairie du lieu de naissance,*
- *la copie du jugement de protection (tutelle, curatelle...),*
- *La copie de la carte d'identité (recto-verso),*
- *La copie de la carte d'invalidité,*
- *Une photo d'identité,*
- *La carte d'assurance maladie VITALE ainsi que l'attestation de droits accompagnant cette carte,*
- *La carte de mutuelle complémentaire,*
- *Un dossier médical de liaison dûment rempli comportant l'avis du médecin traitant sur l'état de santé **avec prescriptions médicales actualisées** (traitements en cours, suivis paramédicaux (kiné, orthophoniste...),*