

À l'attention des candidats, de leur famille et des professionnels qui les accompagnent.

Une longue pratique de l'admission, dans les établissements médico-sociaux, nous a montré que cette admission était le plus souvent fondée sur les données suivantes :

- **La catégorie de l'établissement pour adultes : Foyer de vie** pour adultes, **FAM** pour personnes cérébro-lésées ou pour patients psychiatriques, **MAS** pour personnes cérébro-lésées ou pour personnes polyhandicapées ;
- **L'autonomie** dans les actes de la vie quotidienne, sachant que la capacité de faire ne correspond pas toujours à la réalisation effective, qui peut nécessiter aide ou sollicitation ;
- **La participation** réelle à des activités de "resocialisation" et de réadaptation, objectif de ces établissements ;
- **L'état mental, le diagnostic en cause et l'évolution** : déficit intellectuel, aphasie ; humeur et comportement : dépression, anxiété, apathie, désinhibition, agressivité verbale ou physique, délire ; les toxicomanies (alcool et drogues) constituent un obstacle majeur, au sein d'une population fragile.
- **L'état de santé physique** : douleurs, plaintes et déficiences physiques, affections associées (obésité, HTA, diabète, affections cardiaques et psychiatriques) ;
- **La famille, l'âge, l'ancienneté de l'accident ou de la maladie, le lieu d'hébergement actuel, les souhaits du candidat et de sa famille.**

Aucun de ces critères ne peut déterminer, à lui seul, un refus, mais ils représentent les éléments essentiels de la décision: accord pour une visite de pré-admission ou demande d'informations complémentaires ou refus motivé.

Cependant, pour faciliter et accélérer le traitement du dossier d'admission et pour vous apporter une réponse rapide et argumentée, nous avons besoin, non seulement du dossier d'admission qui vous est adressé, mais aussi **d'informations détaillées sur la situation personnelle, familiale, professionnelle, de santé du candidat.**

Celles-ci sont indispensables et nécessitent, avant tout, **les comptes-rendus médicaux** et, en particulier, le compte-rendu hospitalier initial et un compte-rendu actualisé, un scanner ou **une IRM cérébrale, un examen neuropsychologique (pour les adultes cérébrolésés), un bilan sanguin récent comportant NFS, CRP, ionogramme sanguin, bilan hépatique et lipidique, THSuS, et, à partir de 45 ans, électrocardiogramme et vitamine D à partir de 40 ans, des coordonnées du représentant légal ou de la personne de confiance, l'orientation de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).**

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET À RENVOYER SOUS PLI CACHETÉ
À L'ATTENTION DU MÉDECIN DE L'ÉTABLISSEMENT**

RÉSIDENT(E)

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse actuelle (domicile ou établissement) : _____

Tél : _____ Mobile : _____

Courriel : _____

PERSONNE À PRÉVENIR (EN PRIORITÉ)

Nom : _____

Prénom : _____ Parenté : _____

Adresse (domicile ou établissement) : _____

Tél : _____ Mobile : _____

Courriel : _____

MÉDECIN RÉFÉRENT DU/DE LA RÉSIDENT(E)

Nom : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Mobile : _____

Courriel : _____

Cachet

La loi du 4 mars 2002 et le décret du 29 avril 2002 ont consacré le droit d'accès pour chaque usager du système de santé à l'ensemble des informations concernant sa santé. Selon l'art.L.1111-7 du code de la santé publique, toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenue par les professionnels et les établissements de santé. Vous pouvez donc réclamer votre dossier directement sans passer par un médecin.

I. RENSEIGNEMENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX LIÉS À L'ORIGINE DU HANDICAP

• Diagnostic médical

.....

• Diagnostic spécialisé

Psychiatrie :

.....

Handicap Congénital Acquis depuis le :

Troubles du comportement :

Types :

.....

↘ SUIVI PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR :

Depuis quelle année ? De quel secteur ?

.....

.....

↘ HOSPITALISATION (JOINDRE LES COMPTES RENDUS)

Date d'entrée : Date de sortie :

Cause :

Nom de l'hôpital :

Personne à contacter : Médecin Assistante sociale

Nom : Prénom :

Téléphone : Poste :

↘ AUTRES STRUCTURES

• Séjour en structure médico-sociale (ou autre séjour sanitaire)

Date d'entrée : Date de sortie :

Cause :

Nom de l'hôpital :

Personne à contacter : Médecin Assistante sociale

Nom : Prénom :

Téléphone : Poste :

➤ ANTÉCÉDENTS

	Oui	Non	Précisez
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :		
		

➤ SITUATION AU MOMENT DE LA DEMANDE

	Oui	Non	Précisez
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du raisonnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anosognosie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :		
		

II. ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

• Aspect relationnel

	Oui	Non
Communication verbale altérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation altérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociabilité altérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Alimentation

	Oui	Non
Texture normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texture moulinée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texture mixée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Locomotion

	Oui	Non
Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche avec une canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche avec déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche impossible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Hygiène

	Oui	Non
Toilette assistée physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage assisté physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Soins infirmiers

	Oui	Non
Soins locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Soins spécifiques

	Oui	Non
Trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde nasogastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde ou cathéter urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Éliminations

	Oui	Non
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Prothèses

	Oui	Non
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :		
.....		

	Oui	Non
Sur incitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur incitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Maladies ou difficultés associées**

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Tabac
- Alcool
- Cannabis
- Cardiopathie
- Troubles psychiatriques
- Alimentation entérale

Autres :

.....

• **Traitement médicamenteux**

NOM	DATE DERNIÈRE ORDONNANCE	POSOLOGIE	FORME (ORAL, INJECTABLE...)

Joindre une copie de la dernière ordonnance en cours.

I. ÉTAT CIVIL

M. Mme Nom de jeune fille :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Nationalité :

↘ SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e)

Veuf(ve) Pacsé(e) Vie maritale

Nombre d'enfants :

Dates de naissance des enfants :

Situations professionnelles des enfants :

↘ ADRESSE DU LIEU DE VIE

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E.mail :

↘ LIEU DE VIE ACTUEL

Logement indépendant

Logement indépendant (avec prise en charge adaptée)
Type (SAMSAH, SAVS, HAD, CAJ...) :

Logement familial

Logement familial (avec prise en charge adaptée)
Type (SAMSAH, SAVS, HAD, CAJ...) :

Établissement Sanitaire Médico-social

Précisez (Foyer de Vie, IME, ESAT, Foyer d'Hébergement...) :

Autre, précisez :

Nom :

Service :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : E.mail :

Intervention d'un service d'aide ou de soin à domicile : Oui Non

➤ ADRESSE DE LA FAMILLE OU D'UN PROCHE

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Référent familial : Oui Non

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E.mail :

➤ ADRESSE DE LA FAMILLE OU D'UN PROCHE

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Référent familial : Oui Non

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E.mail :

II. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

➤ M.D.P.H. (MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES)

Demande en cours : Oui Non Date de dépôt du dossier :

N° de dossier : Département :

Nature de la demande :

Décision de la C.D.A.P.H. :

- Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S)
 - Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M)
 - Foyer de Vie (F.V) ou Foyer Occupationnel (FO)
 - Centre d'Accueil de Jour
 - Accueil Temporaire
 - Autre (précisez) :
- Fin de validité :

➤ PRESTATIONS ACCORDÉES (joindre les justificatifs)

Carte d'invalidité
Taux d'invalidité : Date d'expiration :

- Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé (RQTH)

➤ SÉCURITÉ SOCIALE

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

CMU : Oui Non

Caisse d'affiliation :

Adresse :

Code Postal : Ville :

➤ MUTUELLE / COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

➤ PRESTATIONS FAMILIALES

Caisse d'Allocation Familiale / Mutualité Sociale Agricole⁽¹⁾ :

N° allocataire :

Caisse d'affiliation :

Adresse :

Code Postal : Ville :

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

➤ RESSOURCES ACTUELLES

Ressources mensuelles

RESSOURCES	RÉSIDENT	CONJOINT	AUTRE PERSONNE composant le foyer
Salaires			
Allocations chômage			
Retraite			
Indemnités journalières			
Rentes accident du travail			
Rentes ou pensions d'invalidité			
Pension de veuve de guerre			
Pensions militaires			
Prestation compensatoire			
Allocation adultes handicapés			
Autres allocations d'aide sociale			

➤ La retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques n'entrent pas dans le calcul des revenus pris en compte.

Éléments de patrimoine

BIENS IMMOBILIERS	ADRESSES	LOYERS éventuellement perçus	HABITATION principale O/N
Bâti			
Non bâti			

Placements financiers

NATURE DES PLACEMENTS	MONTANT DU CAPITAL	MONTANT DES INTÉRÊTS ANNUELS

➤ Les biens non productifs de revenus, à l'exclusion de ceux constituant l'habitation principale, sont considérés comme procurant un revenu égal à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis.

En cas d'accident, y a-t-il une indemnisation ?

- Non
 En cours
 Oui, quel organisme ?

➤ MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE

- Pas de mesure de protection
 Tutelle
 Curatelle renforcée
 Curatelle simple
 Sauvegarde de justice
 Mandat de protection future
 Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)
 Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)

Tribunal ayant prononcé la mesure de protection juridique

Juridiction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Organisme ou personne exerçant la mesure de protection juridique

Organisme :

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E.mail :

Demande en cours auprès du tribunal Date :

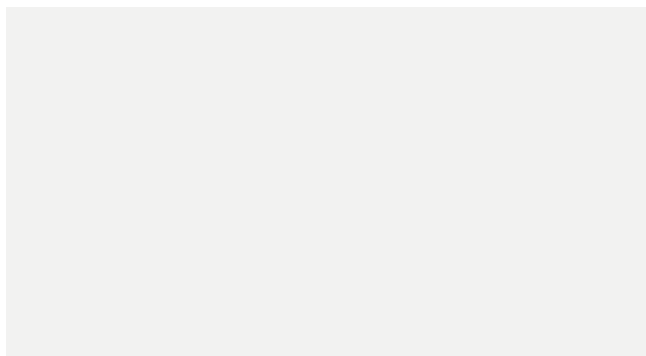
Lequel ? :

✚ IMPORTANT

Tout dossier incomplet ne pourra être étudié en Commission. Ce document restera confidentiel et ne pourra être reproduit.

Le fait de remplir ce dossier ne constitue pas un engagement, ni pour vous, ni pour Adef Résidences.

Dossier à retourner à l'adresse suivante :



✚ Dossier rempli par : M. Mme

Nom : Prénom :

Fonction :

Tél. : E.mail :

Le : Avec l'aide de :

Personne à contacter (si différente de celle qui a rempli le dossier) :

.....

Signature :

**À remplir par le candidat lui-même ou en cas d'impossibilité
par un parent ou un professionnel**
(ajouter une synthèse si document disponible)

Nom : Prénom :

I. PARCOURS

↳ PARCOURS INSTITUTIONNEL

Établissements sanitaires ou médico-sociaux dans lesquels vous avez séjourné :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	VILLE	DATE D'ENTRÉE	DATE DE SORTIE

↳ PARCOURS SCOLAIRE

DERNIÈRES CLASSES FRÉQUENTÉES	ANNÉES	TYPE D'ÉTUDES	RÉSULTATS / DIPLÔMES

➤ PARCOURS PROFESSIONNEL ET/OU ACTIVITÉ(S)

DERNIÈRES SITUATIONS (EMPLOI, RECHERCHE D'EMPLOI, BÉNÉVOLAT, LOISIRS...)	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN

➤ SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Sous contrat de travail

Nom de l'employeur :

Adresse :

Code postal : Ville :

Arrêt maladie

En recherche d'emploi

Inscription Pôle Emploi

date :

II. RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

↘ SITUATION FAMILIALE

• Parents

Nom de la mère : Prénom :

Profession exercée :

Nom du père : Prénom :

Profession exercée :

Situation matrimoniale : Mariés Pacsés Veuf(ve) Autre :

• Fratrie

Nombre de frères et sœurs :

Vivent-ils au domicile des parents : Oui Non

Quelles sont vos relations avec vos frères et sœurs ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. VIE QUOTIDIENNE ET AUTONOMIE

↳ DÉPLACEMENTS

• **Utilisez-vous une aide technique ?**

- Intérieur Type :
- Extérieur Type :

Capacité à utiliser seul(e) l'aide technique :

Distance maximum de déplacement à pied :

• **Pouvez-vous monter ou descendre seul(e) les marches ?**

- Oui Non

• **Niveau d'autonomie**

- Limité à la structure Participe aux sorties accompagnées
- Transports en commun Autorisé(e) à sortir seul(e)
- Aucune autonomie Utilisation d'un véhicule personnel

• **Capacités d'orientation dans le temps et l'espace**

- Aucune Moyenne Bonne

↳ AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

• **Avez-vous besoin d'une aide pour :**

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| La toilette | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| L'habillage | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| La gestion des protections | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| La prise des médicaments | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| La prise des repas | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |

• **Êtes-vous autonome pour :**

- | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| Le lever | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| Le coucher | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| Les tâches ménagères | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |

• **Suivez-vous un régime alimentaire ?**

Oui Non

si oui, lequel :

• **Bénéficiez-vous d'un mode d'alimentation particulier ?**

Normale Coupée Hachée Mixée

• **Présence d'un appareillage particulier (si oui précisez)**

Lunettes Non Oui :

Appareil auditif Non Oui :

Appareil dentaire Non Oui :

Autre Non Oui :

➤ **VIE SOCIALE**

• **Les modes de communication utilisés :**

Acquisition du langage Oui Non

Communication avec signes/gestes Oui Non

Utilisation d'un autre moyen de communication :

Capacités de compréhension Aucune Moyennes Bonnes

Capacités de lecture, écriture Aucune Moyennes Bonnes

Capacités pour compter Aucune Moyennes Bonnes

• **Vie quotidienne :**

Gestion des documents administratifs Autonome Aide partielle Aide totale

Gestion de l'argent Autonome Aide partielle Aide totale

Capacité à retirer de l'argent seul(e)

Capacité à retirer de l'argent en présence d'un éducateur

Utilisation d'un téléphone portable Oui Non

• **Décrivez vos relations avec vos proches et votre entourage :**

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

• **Décrivez vos relations avec les membres du personnel :**

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

• **Décrivez vos relations avec les autres résidents :**

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

• **Consommez-vous (ou avez-vous consommé) ? :**

Du tabac

À quelle fréquence ? :

En cas d'arrêt, depuis combien de temps avez-vous arrêté ?

Gérez-vous seul(e) cette consommation ? :

De l'alcool

À quelle fréquence ? :

En cas d'arrêt, depuis combien de temps avez-vous arrêté ? :

Gérez-vous seul(e) cette consommation ? :

Autre toxique

À quelle fréquence ? :

En cas d'arrêt, depuis combien de temps avez-vous arrêté ? :

Gérez-vous seul(e) cette consommation ? :

Aucun toxique

Nom : Prénom :

Commentaires du demandeur :

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

👉 **QUE SOUHAITEZ-VOUS DANS LES ANNÉES QUI VIENNENT :**

• **Pour votre santé**

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

• **Pour votre lieu de vie**

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

• **Dans votre participation à des activités**

Sportives :

.....

.....

Culturelles :

.....

.....

Sociales :

.....

.....

Professionnelles :

.....

.....

➤ **AVEZ-VOUS DES SOUHAITS PARTICULIERS POUR VOTRE AVENIR ?**

.....

.....

.....

➤ **AUTRES SOUHAITS / DIVERS ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

I. PIÈCES MÉDICALES

- Comptes-rendus médicaux : compte-rendu hospitalier initial, compte-rendu hospitalier actualisé
- Scanner ou IRM cérébraux
- Examen neuropsychologique
- Bilan sanguin récent
- Copie du dossier médical et du dossier de soins (sous pli, dans une enveloppe avec la mention "renseignements médicaux – pli confidentiel")
- Compte-rendu de réanimation
- Compte-rendu de rééducation
- Compte-rendu d'expertise
- Bilan psychiatrique (datant de moins de 3 mois)

II. PIÈCES ADMINISTRATIVES

- Compte-rendu ou synthèse institutionnelle
- Résumé du parcours institutionnel et historique familial
- Projet individualisé (si document existant)
- Copie de la carte d'invalidité
- Copie du jugement de tutelle ou curatelle
- Copie de l'orientation M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées)
- Copie de la carte d'identité
- Copie de la carte vitale
- Attestation de la carte vitale
- Notification et catégorie de la pension d'invalidité
- Attestation ou carte de mutuelle
- Notification de l'Allocation Adulte Handicapé (si bénéficiaire), relevé du montant des prestations