



A.F.L.C.

Association de gestion du Foyer d'Accueil Médicalisé

« LE COURTIL DE L'IC »

19 Rue de la Croix Rouge - 22590 PORDIC

☎ : 02 96 32 35 32

📠 : 02 96 78 99 72

✉ : secretariat@fam-pordic.org

Dossier de Pré-Admission / Admission

Accueil en internat

Accueil temporaire

Demande effectuée le : __ / __ / ____

Chaque partie de dossier peut être confiée à différentes personnes autorisées

1 (page 3)	Éléments administratifs
2 (pages 4 à 8)	Éléments médicaux
3 (page 9)	Éléments psychologiques et psychiatriques
4 (pages 10 à 13)	Éléments d'autonomie

1 - ELEMENTS ADMINISTRATIFS

Fiche remplie par :

Nom : Prénom :
Fonction :
Le :
Adresse :
Tel : Mail :

1) SITUATION CIVILE ET ADMINISTRATIVE DU BENEFICIAIRE :

Nom : Prénom : Sexe : F - M

Date de naissance :/...../..... Lieu :

Nationalité :

Adresse actuelle :

.....
.....

Téléphone:..... Adresse mail :.....

N° SECU : _/_/_ / _/_/_ / _/_/_ / _/_/_ / _/_

Orientation-admission M.D.P.H.

- F.A.M. F.A.M.- Accueil Temporaire M. A. S.
 F. O. A. Autre – Précisez :

Situation actuelle

- Domicile personnel Domicile familial
 Etablissement : coordonnées.....
.....
 Hôpital: coordonnées.....
.....
 Accompagnement par un organisme, un prestataire ou une association (afm, apf, service aide à domicile...):
coordonnées :

2) MESURE DE PROTECTION DU BENEFICIAIRE :

- TUTELLE CURATELLE DEMARCHE EN COURS

Coordonnées du représentant légal :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

La mesure de protection est-elle exercée par

- une association tutélaire un membre de la famille

2 - ELEMENTS MEDICAUX

C.O.N.F.I.D.E.N.T.I.E.L.

ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE ETUDIE :
N'oubliez pas de joindre les documents demandés (derniers bilans médicaux, ordonnances de moins de 3 mois...)

Fiche à remplir **impérativement** par le **médecin traitant** ou le **médecin référent** de l'établissement

Fiche remplie par le Docteur

Nom : Prénom :

Fonction :

Le :

Adresse :

Téléphone :

Nom, adresse et téléphone des autres médecins spécialistes qui vous suivent :

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

Personne de confiance (il s'agit de la personne à joindre en cas de problème médical) :

Nom : Prénom

Tel: Port :

Adresse :

1) PATHOLOGIE PRINCIPALE A L'ORIGINE DU HANDICAP

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Paralysie cérébrale / I.M.C. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Atteinte neuro-dégénérative (myopathie,...) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Autre pathologie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Si oui, précisez **le diagnostic précis** :

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

2) TROUBLES MOTEURS

Pour codifier les atteintes, qu'il s'agisse de diminution de la force musculaire (parésie, paralysie) ou de raideurs (spasticité ou mouvements anormaux), mettre un chiffre dans chaque case selon le code suivant :

0 – pas d'atteinte

1 – atteinte décelable seulement par un spécialiste

2 – atteinte évidente légère

3 – atteinte évidente marquée

4 – absence totale de fonction

9 – S. R. (sans Réponse)

- Tête

- Membre supérieur droit

- Membre inférieur droit

- Tronc

- Membre supérieur gauche

- Membre inférieur gauche

- Accès à la marche : Oui Non Périmètre de marche :

- Aide technique : Oui Non Si oui préciser :

- Poids : Taille :

3) TROUBLES ASSOCIES

- Comitialité (épilepsie) Oui Non

Fréquence des crises :

Date de la dernière crise :

- Troubles de la déglutition Oui Non

- Fausse route Oui Non

- Texture adaptée Oui Non

Si oui préciser :

- Gastrostomie Oui Non

- Troubles vésico-sphinctériens Oui Non

- Port de protections

○ le jour : Oui Non

○ La nuit : Oui Non

- Difficultés respiratoires Oui Non
 - o Encombrements Oui Non
 - o Kiné respiratoire Oui Non
 - o Trachéotomie Oui Non
 - o Nécessité assistance respiratoire jour et/ou nuit Oui Non
 - Si oui préciser (alpha 200, VNI...) :
 - o Besoin d'aspiration Oui Non
 - o Besoin d'oxygène Oui Non

- Troubles digestifs (*constipation, reflux, gastro-oesophagien, gastrostomie*) Oui Non
 - Si oui préciser :

- Troubles sensoriels (vision, audition,...) Oui Non
 - Si oui préciser :

- Troubles cognitifs Oui Non
 - Si oui préciser (troubles mnésiques, repère spatio temporels ...) :

4) APPAREILLAGE (Si oui, indiquez le prestataire)

- Chaussures orthopédiques Oui Non
- Siège moulé (coquille) Oui Non
- Orthèse totale de nuit (O.T.N.) Oui Non
- Appareil auditif Oui Non

5) AIDES TECHNIQUES

- Aides aux déplacements :
 - Fauteuil roulant manuel
 - Fauteuil roulant électrique
 - Déambulateur
 - Canne

- Aides aux transferts :
 - Disque de transfert
 - Appareil modulaire de verticalisation
 - Lève-personne

- Aides à la toilette :
 - Chaise douche
 - Chariot douche

6) TRAITEMENT ACTUEL

Dernières **ordonnances de moins de 3 mois** à fournir **impérativement** (traitement médicamenteux, soins infirmiers, séances de kinésithérapie....)

TRAITEMENT ACTUEL :

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

Allergies connues :

7) ACTIVITES PARA-MEDICALES REGULIERES

- Kinésithérapie Oui Non Interruption suivi possible pendant le séjour

- Nombre de séance par semaine :
- Coordonnées de l'intervenant :

.....
.....

- Orthophonie Oui Non Interruption suivi possible pendant le séjour

- Nombre de séance par semaine :
- Coordonnées de l'intervenant :

.....
.....

- Psychomotricité Oui Non Interruption suivi possible pendant le séjour

- Nombre de séance par semaine :
- Coordonnées de l'intervenant :

.....
.....

9) ETABLISSEMENTS DEJA FREQUENTES (préciser les dates)

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

10) INTERVENTIONS MEDICALES (préciser le type et la date)

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

11) HOSPITALISATIONS EVENTUELLES (préciser le service et les dates)

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

3 - ELEMENTS PSYCHOLOGIQUES & PSYCHIATRIQUES

C.O.N.F.I.D.E.N.T.I.E.L.

A remplir **impérativement** par un **médecin psychiatre** ou un **psychologue** ; par le **médecin traitant** en l'absence de suivi spécialisé

Fiche remplie par :

Nom :Prénom :

Fonction :

Le :

Adresse :

Téléphone :

1) TROUBLES PSYCHIQUES

- Troubles psychotiques
- Troubles névrotiques
- Troubles de la personnalité
- Troubles réactionnels
- Troubles des fonctions instrumentales
- Troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool

Préciser la nature des troubles :

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

2) SUIVI PSYCHOTHERAPIQUE

OUI

NON

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

3) TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

- Neuroleptiques

OUI

NON

- Anxiolytiques

OUI

NON

- Antidépresseurs

OUI

NON

4 - ELEMENTS D'AUTONOMIE (principaux critères)

Fiche remplie par :

Nom :Prénom :

Fonction :

Le :

Adresse :

Téléphone :

COMMUNICATION

	OUI	NON	OBSERVATIONS
Communiquer oralement de façon distincte			
Communiquer oralement avec quelques difficultés			
Communiquer avec appareillage ou gestuellement			
Savoir exprimer son bien-être			
Savoir exprimer son mal-être			
Utiliser un « bip » d'appel et/ou de sécurité			
Utiliser un contrôle de l'environnement			
Utiliser un téléphone			

DEPLACEMENTS

	Sait demander		Réalise seul		PRECISIONS/OBSERVATIONS
	OUI	NON	OUI	NON	
Se déplacer au sein de la maison, de l'établissement					
Se déplacer en extérieur lieux sécurisés (parc, jardin public,...)					
Se déplacer en extérieur lieux ouverts (magasins, ville,...)					

TRANSFERT

	<i>Sait demander</i>		<i>Réalise seul</i>		<i>PRECISIONS/OBSERVATIONS</i>
	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Assurer son transfert fauteuil /lit - lit / fauteuil					
Assurer son transfert fauteuil/toilettes - toilettes/fauteuil					
Autres transferts éventuels					

HYGIENE

	<i>Sait demander</i>		<i>Réalise seul</i>		<i>PRECISIONS/OBSERVATIONS</i>
	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Se laver les mains					
S'occuper de son hygiène corporelle : haut du corps					
S'occuper de son hygiène corporelle : bas du corps					
Prendre une douche					
Utiliser un rasoir électrique					
Se laver les dents					
Aller aux toilettes le jour (avec ou sans appareillage)					
Aller aux toilettes la nuit (avec ou sans appareillage)					
Réaliser autre(s) besoins(s) la nuit (retournement, boire...)					
S'occuper de son hygiène menstruelle					
Utiliser des moyens de protection (incontinence)					

HABILLAGE

	<i>Sait demander</i>		<i>Réalise seul</i>		<i>PRECISIONS/OBSERVATIONS</i>
	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Habillage du haut du corps					
Habillage du bas du corps					
Déshabillage du haut du corps					
Déshabillage du bas du corps					

ALIMENTATION

	<i>Sait demander</i>		<i>Réalise seul</i>		<i>PRECISIONS/OBSERVATIONS</i>
	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Boire					
Manger					

SOINS et SANTE

	<i>Sait demander</i>		<i>Réalise seul</i>		<i>PRECISIONS/OBSERVATIONS</i>
	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Effectuer des soins légers					
Préparer ses médicaments					
Prendre ses médicaments					

CONDUITES SOCIALES

	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OBSERVATIONS</i>
Respecter les règles d'un milieu de vie			
Respecter les règles élémentaires de politesse			
Gérer son temps libre			
Effectuer des achats			
Effectuer des achats avec aide			

Autres éléments qu'il vous semble important à préciser.

*Vie personnelle, vie familiale, passe-temps favoris,
activités sportives, culturelles, projets divers*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....