



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 : __ / __ / ____

Ce dossier est constitué de 4 parties (feuilles de couleur)

Pour une demande de pré-admission, vous ne remplissez que les rubriques qu'il vous est possible de renseigner : un dossier rempli de manière incomplète peut toutefois être adressé pour une première pré-inscription et un premier contact. Les éléments manquants seront complétés par la suite. Chaque partie de dossier peut être confiée à différentes personnes autorisées

1

(pages 2 & 3)

Éléments administratifs

2

(pages 4 à 7)

Éléments médicaux

3

(pages 8 & 9)

Éléments psychologiques et psychiatriques

4

(pages 10 à 14)

Éléments d'autonomie

1 - ELEMENTS ADMINISTRATIFS

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

Fiche remplie par :

Nom :Prénom :

Fonction :

Le :

Adresse :

1) SITUATION CIVILE ET ADMINISTRATIVE du bénéficiaire

Nom :Prénom :Sexe : F - M

Eventuellement : Nom de jeune fille :

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

Nationalité :

Adresse actuelle : (joindre justificatif de domicile de moins de 3 mois pour les personnes hors département 22)

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

Département :

Téléphone:..... Adresse mail :

N° SECU : _/_/_/_ / _/_/_/_ / _/_/_/_

Organisme d'affiliation :

Mutuelle :

CMU : OUI NON

(Photocopies de l'attestation de sécurité sociale, de mutuelle, ou de CMU à agraffer à cette fiche)

Téléphone :

Orientation-admission M.D.P.H. (joindre photocopie notification de l'orientation selon type d'accueil demandé)

F.A.M. F.A.M.- Accueil Temporaire M. A. S.

F. O. A. Autre – Précisez :

Date : Durée :

Lieu :

Situation actuelle

- Domicile personnel
- Domicile familial
- Etablissement (précisez.....)
- Hôpital

Attribution Allocation

- A.C.T.P.
- P.C.H.

Date : Lieu :Durée :Taux :.....%.

Attribution de l'Allocation pour Adulte Handicapé (A.A.H.) : (joindre la photocopie notification MDPH et la dernière attestation de ressources CAF)

Date : Lieu : Durée :

Carte d'Invalidité

Délivrée par : le :/...../.....
 Taux :.....%
 Numéro :

2) MESURE DE PROTECTION du bénéficiaire (joindre photocopie mesure de protection)

TUTELLE : OUI NON EN COURS

Renseignements tuteur ou organisme :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

CURATELLE : OUI NON EN COURS

Renseignements tuteur ou organisme :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

La mesure de protection est-elle exercée par

- un organisme extérieur
- un membre de la famille(si oui merci joindre photocopie CNI)

précision(s) éventuelle(s) au sujet de la mesure de protection :

.....

.....

.....

.....

.....

2 - ELEMENTS MEDICAUX

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

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

Fiche remplie par le Docteur

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Nom, adresse et téléphone des autres médecins spécialistes qui vous suivent :
joindre les derniers compte-rendus des spécialistes

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

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

Nom : Prénom

Tel: Port :

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** :

.....

Joindre un certificat détaillé expliquant la pathologie et les points à surveiller.

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

- Tronc

- Membre supérieur droit

- Membre supérieur gauche

- Membre inférieur droit

- Membre inférieur gauche

Poids : Taille :

Allergies connues :
.....

3) TROUBLES ASSOCIES

- Comitialité (épilepsie) Oui Non

Fréquence des crises :

Date de la dernière crise :

Observation(s) éventuelle(s)

- Troubles de la déglutition Oui Non

- Fausse route Oui Non

Observation(s) éventuelle(s)

- Repas mixés Oui Non

- Troubles vésico-sphinctériens Oui Non

Observation(s) éventuelle(s)

- Port de protections

o le jour : Oui Non

o La nuit : Oui Non

- Difficultés respiratoires Oui Non

o Encombrements Oui Non

o Trachéotomie Oui Non

- Nécessité assistance respiratoire jour et/ou nuit Oui Non
- Besoin d'aspiration Oui Non
- Besoin d'oxygène Oui Non

Observation(s) éventuelle(s)

- Troubles digestifs (*constipation, reflux, gastro-oesophagien, gastrostomie*) Oui Non

Observation(s) éventuelle(s)

- Troubles sensoriels (vision, audition,...) Oui Non

Observation(s) éventuelle(s)

- Troubles des fonctions supérieures Oui Non

Observation(s) éventuelle(s)

Niveau de scolarisation (précisez si classes adaptées) :

.....

.....

4) APPAREILLAGE (Si oui, indiquez le prestataire)

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

Si matériel spécifique (VNI, respirateur, pompe..), à préciser :

Indiquer les coordonnées des prestataires sinon leurs homologues dans les Côtes d'Armor

.....

.....

.....

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

Observation(s) éventuelle(s)

.....

.....

6) TRAITEMENT ACTUEL

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

7) ACTIVITES PARA-MEDICALES REGULIERES

- | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Orthophonie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Verticalisation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Psychomotricité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Balnéothérapie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Equithérapie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Piscine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Plongée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

8) REMARQUES/PRECISIONS EVENTUELLES

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

9) ETABLISSEMENTS DEJA FREQUENTES (précisez les dates)

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

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

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

11) HOSPITALISATION EVENTUELLES (précisez 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 :

Possibilité de joindre un bilan psychologique.

1) TROUBLES PSYCHIQUES (C.I.M. 10) : (Possibilité de joindre un compte-rendu psychologique)

3.1 Troubles psychotiques

3.2 Troubles névrotiques

3.3 Troubles de la personnalité

3.4 Troubles réactionnels

3.5 Troubles des fonctions instrumentales

3.6 Troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool

2) SUIVI PSYCHOTHERAPIQUE

OUI

NON

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

3) TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

- Neuroleptiques

OUI

NON

- Anxiolytiques

OUI

NON

- Antidépresseurs

OUI

NON

4 - ELEMENTS D'AUTONOMIE (principaux critères)

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

Fiche remplie par :

Nom :Prénom :

Fonction :

Le :

Adresse :

Téléphone :

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					

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					

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) besoin(s) la nuit (retournement, boire...)					
S'occuper de son hygiène menstruelle					
Utiliser des moyens de protection (incontinence)					

COMMUNICATION

	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OBSERVATIONS</i>
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			

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			

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					

ENTRETIEN DU LIEU DE RESIDENCE

	<i>Sait demander</i>		<i>Réalise seul</i>		<i>PRECISIONS/OBSERVATIONS</i>
	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	
Faire son lit					
Ranger ses effets personnels					
Passer l'aspirateur ou le balai					
Laver le sol					

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					

DEPLACEMENTS & ACHATS

	<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 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,...)					
Effectuer des achats					
Effectuer des achats avec aide					

DEPLACEMENTS & ACHATS

	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>PRECISIONS/OBSERVATIONS</i>
Utiliser un « bip » d'appel et/ou de sécurité			
Utiliser un contrôle de l'environnement			
Utiliser un téléphone			
Utiliser un ordinateur			
Utiliser une chaîne HI-Fi, un téléviseur			

Autres éléments qu'il vous semble important à préciser.

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le cas échéant, motivation de la demande d'Accueil Temporaire

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....