



DOSSIER CONFIDENTIEL DE PRE-ADMISSION

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

- NOM :
- PRENOM (S) :
- Lieu et date de naissance :
- Nationalité :
- Adresse complète :
.....
.....
.....
- Téléphone :
- Lieu de vie actuel :
.....
.....
.....
.....
- Département :
- Situation familiale :
Célibataire Divorcé(e)
Marié(e) Veuf/veuve
Enfants :

- La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ? Oui Non
Curatelle Curatelle renforcée Tutelle Habilitation familiale

- Coordonnées complètes du représentant légal ?

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

- Orientation MDPH :

Foyer de vie

Foyer d'Accueil Médicalisé

Maison d'Accueil Spécialisée

Date de validité :

- Numéro de Sécurité Sociale :

- Carte d'identité ou passeport :
Valable jusqu'au

BIOGRAPHIE DE LA PERSONNE, PARCOURS DE VIE

- Situation familiale, composition :

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

- Contacts réguliers avec la famille Oui Non

Si oui :

Par téléphone :

Visite :

- Antécédents institutionnels :

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

- Parcours scolaires et/ou professionnel :

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

COMPORTEMENT ET AUTONOMIE

- Traits de personnalité :

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

- Comportements agressifs ?

	Grande	Moyenne	Faible	Aucune
- auto agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- hétéro agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité verbale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité gestuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité réactionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité environnementale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Comportements particuliers :

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

- **Forme de communication et langage :**

- Oral : Oui Non
 Capable de formuler

- une phrase simple Oui Non
 - des demandes Oui Non

Inexistant : Oui Non

Cris : Oui Non

- Autres méthodes (Makaton, pictogrammes,) :

Décrivez :

.....

- **Hygiène, autonomie en salle de bain :**

	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
- se laver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- s'essuyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- s'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- aller aux toilettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques :

.....

• Les déplacements :

- Marche seul : Oui Non
- | | Seul(e) | Avec aide | Dépendance |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Se déplace en fauteuil roulant | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Se déplace avec un déambulateur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Peut maintenir la station debout | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- Orientation spatiale :
- | | | |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|
| Dans un grand espace | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Dans un petit espace | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
- Désorienté(e) Oui Non
- Orientation temporelle :
- | | | |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| A court terme | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| A long terme | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Désorienté dans le temps | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

• Mémoire :

- | | | |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Évoque des faits récents | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Évoque des faits anciens | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| Aucune évocation cohérente | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

Remarques :

.....

.....

.....

- Les repas :

	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Utilise une fourchette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise un couteau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coupe sa viande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se verse à boire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eau gélifiée	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Aliments mixés	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Aliments coupé	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Régimes alimentaires spécifiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	

Lesquels :

Remarques :

.....

.....

.....

- Les acquis :

	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Lit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecrit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lit l'heure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Applique une consigne simple

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

- Capable de se concentrer

<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
---------------------------	---------------------------

-durée :

-avec aide :

<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
---------------------------	---------------------------

Remarques :

.....

.....

- Le sommeil :

Ne nécessite aucune intervention extérieure au cours de la nuit Oui Non
Nécessite une ou plusieurs interventions par nuit Oui Non
Agitation nocturne (se lève, déambule, cris...) Oui Non

Remarques :

.....
.....

- Sexualité : (peu ou très présente, recherche affective, troubles comportementaux)

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

- La sexualité est-elle compatible avec la vie en collectivité ?

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

Contraception :

.....

- Loisirs, activités préférées, occupations, sorties, habitudes :

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

INFORMATIONS MEDICALES : confidentiel

- Médecin traitant :

.....

- Médecins spécialistes :

Nom	Adresse	Spécialité	Téléphone

- Poids de forme :
- Taille :
- Groupe sanguin :

- Pathologie :

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

- Les données personnelles :

Naissance et petite enfance :

.....
.....

Interventions chirurgicales :

.....
.....

Allergies :

.....
.....

Troubles digestifs et régimes particuliers :

.....
.....

Maladies cardiaques :

.....
.....

Maladies infectieuses et contagieuses :

.....
.....

Maladies sexuellement transmissibles :

.....
.....

- Vaccinations : (copie du carnet de vaccination à joindre) :

.....
.....

- Contraception ? : si oui de quel type ?

.....
.....

- Epilepsie : oui non

Si oui, quels types de crises :

- Absences Petit mal Grand mal
- Avec incontinence De jour De nuit

Fréquence des crises ?

Facteurs des crises :

- Autres :

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

- Troubles alimentaires :

- Tendance boulimique
- Tendance anorexique
- Sujet aux fausses routes
- Potomanie
- Ingestion d'objets
- Aucun
- Autres :

- Etat dentaire :

Port d'un appareil dentaire ? Oui Non

- La vue :

Problème de vue : Oui Non

Port de lunettes : Oui Non

- Audition :

Entend normalement Oui Non

Difficulté d'audition Oui Non

Surdité complète Oui Non

Appareillage Oui Non

Type d'appareil :

.....

- Incontinence :

Continence complète

Incontinence occasionnelle

Incontinence urinaire diurne

Incontinence urinaire nocturne

Incontinence des deux sphincters

Remarques :

.....

.....

- La médication :

Nom du médicament	Matin	Midi	16h	Soir	Coucher

Ce traitement a-t-il été modifié récemment ?

- Oui Non

Traitement stable depuis plus d'un an ?

- Oui Non

Remarques :

.....

Traitement occasionnel (en cas d'agitation)

.....

.....

- Conduite addictive

Respect des règles institutionnelles oui Non

Sevrage oui Non

Tabac Actuellement Par le passé

Quantité :.....

Alcool Actuellement Par le passé

Stupéfiants Actuellement Par le passé

Psychotropes Actuellement Par le passé

Consommation anormale de médicaments Actuellement Par le passé

Pyromanie Actuellement Par le passé

Petite délinquance (vol,....), perversité Actuellement Par le passé

Fugues, errance

Remarques :

.....
.....

- Eléments psychologiques (angoisses, présences d'obsessions, fragilité...)

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

Personne(s) ayant rempli ce document :

Nom, prénom :

Fonction (parent, assistant social, infirmier, tuteur,...) :

Etablissement et adresse :

.....
.....

Téléphone pour le suivi du dossier :

Adresse mail :

Date et signature

Nous vous répondrons rapidement suite à l'examen du dossier et vous proposons, le cas échéant, une rencontre et une visite de nos établissements.

Afin de constituer un dossier administratif complet, merci de fournir les documents suivants avant l'admission du candidat :

1. ADMINISTRATIF

Pour le dossier de préadmission :

- L'orientation MDPH
- Une carte européenne
- Une copie du jugement de tutelle
- La carte d'identité
- La carte vitale
- Les documents de mutuelle

Avant l'entrée :

- L'accord du département (si FO ou FAM)
- L'accord de la CPAM (si FAM ou MAS)

2. MÉDICAL

Pour le dossier de préadmission :

- Un bilan sanguin récent

Avant l'entrée :

- Un bilan dentaire et médical de moins de deux mois
- Une prescription médicale que nous nous chargeons d'enlever auprès de notre pharmacie, le traitement pour les 15 premiers jours de l'entrée

3. SOCIO-ÉDUCATIF

Pour le dossier de préadmission :

- Un rapport de comportement récent

Avant l'entrée :

- 4 photos d'identité

Une convention entre l'institution et le représentant légal de la personne accueillie sera contractée lors de l'entrée.

Cette convention sera éditée en deux exemplaires :

- une pour l'institution,
- une pour le représentant légal

Les dossiers incomplets ne seront pas étudiés en priorité