

Foyer de vie

Ste Julie Billiard

Dossier de renseignements

Melle, Mme, M.....

HANDI AIDE
Foyer de vie Sainte Julie Billiard
9, Rue de la Libération
60 120 Ansauvillers

☎ : 03.44.51.46.46

📠 : 03.44.51.19.18

PRESENTATION DU DOSSIER

- Etat Civil
- Renseignements administratifs
- Renseignements familiaux
- Etablissements fréquentés
- Autonomie de la personne
- Comportement général
- Aptitudes sensorielles et autres
- Aptitudes physiques
- Capacités intellectuelles

Annexe 1 : Liste documents à fournir

Annexe 2 : Dossier médical

Annexe 3 : Protocole traitement adjuvant

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la construction de votre dossier en vue d'une admission au sein de notre établissement. Les destinataires des données sont : Direction, Secrétariat, Services éducatif et para médical.

Depuis la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au responsable du traitement des données : M. Jérôme ROUGIER – Directeur.

Etat civil

Nom :

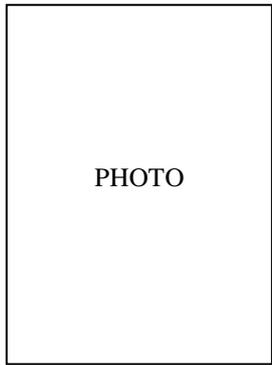
Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse actuelle :



Tél (Domicile) :

Portable :

Renseignements administratifs

o ***CDAPH***

Adresse CDAPH :

Notifications CDAPH :

Oui Non En cours Validité

- « Placement foyer de vie »
- « Attribution AAH »
- « Attribution ACTP »
- « Attribution PCH »
- « Carte d'invalidité » Taux %

o ***Caisse d'allocations familiales***

N° Allocataire :

Adresse CAF :

○ ***Domicile de secours***

Indiquer le département de prise en charge d'aide sociale :

Adresse de référence :

○ ***Protection juridique*** Sans

Tutelle Curatelle En cours Autres

Date ordonnance : Tribunal :

Nom du représentant :

Adresse :

Tél :

○ ***Assurance maladie***

N° Sécurité sociale : ALD : Oui Non

Adresse CPAM :

Mutuelle : Oui Non

Coordonnées :

Renseignements familiaux

○ *Père :*

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Tél (Domicile) :

Portable :

Profession :

○ *Mère :*

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Tél (Domicile) :

Portable :

Profession :

○ *Fratie :*

NOMS	PRENOMS	DATES DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE

Y a-t-il d'autres enfants présentant une situation de handicap ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Nom(s)	Prénom(s)	Nature(s) du handicap

Etablissements fréquentés

La personne a-t-elle séjournée dans d'autres établissements ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

ETABLISSEMENT(S)	ADRESSE(S)	DATE(S) D'ACCUEIL

○ **Repas**

- Prend-t-elle son repas seule ? Oui Non Avec aide

- Alimentation à surveiller ? Oui Non

Régime Alimentaire, lequel ?

Allergies alimentaires, précisez,.....

- Consomme-t-elle de l'alcool ? Oui Non

Observations particulières :

○ **Divers**

- Gère-t-elle ses vêtements ? Oui Non Avec aide

- Gère-t-elle son argent de poche ? Oui Non Avec aide

- Fume-t-elle ? Oui Non

Si oui, nombre cigarettes/jour :

Si oui, gère-t-elle son tabac seule ? Oui Non Avec aide

Observations particulières :

Aptitudes sensorielles et autres

○ *Aptitudes visuelles :*

- Porte-t-elle des lunettes ? Oui Non

- Si oui, peut-elle voir sans lunettes ? Oui Non

○ *Aptitudes auditives :*

- Entend-t-elle bien ? Oui Non

- Utilise-t-elle un appareil auditif ? Oui Non

- Si oui, le gère-t-elle seule ? Oui Non Avec aide

○ *Aptitudes orales :*

- Parle-t-elle ? Oui Non
Avec difficultés

- Son langage verbal est-il compréhensible ? Oui Non
Difficilement

- Utilise un autre moyen de communication ? Oui Non

Si oui, lequel ?.....

○ *Autres :*

- Sait-elle exprimer des souhaits, des demandes ? Oui Non

- Sait-elle émettre des choix ? Oui Non

- Sait-elle se repérer dans le temps ? Oui Non

- A-t-elle des difficultés de préhension ? Oui Non

○ *Observations particulières :*

Aptitudes physiques

○ *Est-elle capable de :*

- marcher ? Oui Non Avec difficulté
- courir ? Oui Non Avec difficulté
- nager ? Oui Non Avec difficulté
- faire du vélo ou tandem ? Oui Non Avec difficulté
- supporter l'effort (fatigabilité) ? Oui Non Avec difficulté

○ *Observations particulières :*

Capacités intellectuelles

○ *Manifeste-t-elle :*

- des problèmes d'attention ? Oui Non
- des difficultés de concentration ? Oui Non
- des difficultés de compréhension ? Oui Non

○ *Sait-elle :*

- lire ? Oui Non Avec difficulté
- écrire ? Oui Non Avec difficulté
- compter ? Oui Non Avec difficulté

Personne ayant rempli ce dossier : NOM :

FONCTION :

COORDONNEES :

Liste des documents à fournir avec le dossier de candidature

-  Orientation CDAPH « Placement Foyer de vie »
-  Orientation CDAPH « Attribution AAH »¹
-  Orientation CDAPH « Attribution ACTP »¹
-  Orientation CDAPH « Attribution PCH »¹
-  Photocopie carte d'identité
-  Photocopie carte d'invalidité
-  Photocopie du jugement de mise sous protection juridique¹
-  Copie traitement médical

-  Bilan éducatif si la personne est déjà accueillie en institution
-  Bilan psychologique

¹ Si la personne en bénéficie

DOSSIER MEDICAL

(A remplir par le médecin de l'institution, et/ou le médecin référent, et/ou le médecin spécialiste)

(A retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin du foyer)

Renseignements administratifs

Nom :

Prénoms :

Numéro de sécurité sociale :

ALD : Oui Non

Adresse CPAM :

Mutuelle Oui Non Nom de celle-ci :

Adresse :

2. Antécédents Chirurgicaux

3. Antécédents Gynéco-obstrétricaux

Antécédents familiaux

Examens cliniques

1. Examen général

Poids =

Taille =

2. Examen neurologique et sensoriel

A. Epilepsie Oui Non Stabilisée

Précisez,.....

B. Acuité visuelle

Cécité Malvoyant Autres Sans objet

Précisez,.....

La personne porte-t-elle des lunettes : Oui Non

Si port de lunettes, type de correction :

Mesure acuité : OD : OG :

C. Acuité auditive

Sourd Malentendant Autres Sans objet

Précisez,.....

La personne porte-t-elle un appareil auditif : Oui Non

Coté droit Coté gauche Les deux

Mesure acuité : OD : OG :

3. Examen psychique

A. Déficience intellectuelle

Légère Moyenne Profonde Aucune

Q.I. : Date du test :

B. Troubles du comportement Oui Non

Précisez,.....

C. Troubles de la personnalité Oui Non

Précisez,.....

D. Troubles de l'humeur Oui Non

Précisez,.....

E. Conduites addictives Oui Non

Précisez,.....

F. Maladie mentale Oui Non

Précisez,.....

4. Appareil pulmonaire

5. Cardio-vasculaire

6. Digestif

7. Rénal et urinaire

8. Appareil locomoteur

9. Dermatologie

10. Pédicurie-podologie

11. Hygiène

- Enurésie Oui Non Diurne Nocturne Occasionnelle
- Encoprésie Oui Non Diurne Nocturne Occasionnelle

 **Vaccinations**

Vaccins	Date dernier rappel
.....
.....
.....
.....
.....
.....

 **Derniers bilans (sanguins, urinaires, radiologiques)**

 **Traitement médical**

 **Allergies connues et contre-indications**

 **Contraception**

Oui Non Précisez,

 **Régime alimentaire**

Oui Non Précisez,

Nom du praticien :

Date :

Signature :

PROTOCOLE INDIVIDUALISE POUR TRAITEMENTS ADJUVANTS

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Contres indications	
----------------------------	--

Allergie(s) connue(s)	
------------------------------	--

Maux de tête	PARACETAMOL 1G	AUTRE(S)
Maux de dents	(1 toutes les 6h maximum)	
Fièvre, Douleurs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Maux d'estomac	GAVISCON OU MOXYPAR	AUTRE(S)
	(3 fois / jour)	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Maux de ventre	SPASFON	AUTRE(S)
	(2 comprimés 3 fois/jour)	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Règles douloureuses	SPASFON OU IBUPROPHENE	AUTRE(S)
	(2 comprimés 3 fois/jour)	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Diarrhée	SMECTA	AUTRE(S)
	(2 sachets 3 fois/jour)	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Constipation	LACTULOSE	AUTRE(S)
	(1 sachet/jour)	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Vomissement	VOGALENE	AUTRE(S)
	(3 fois / jour)	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Inflammation de la gorge	Lysopaïne ou Hexaspray (5 fois / jour) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRE(S)
---------------------------------	---	-----------------

Inflammation du nez	Serum physiologique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRE(S)
----------------------------	---	-----------------

Egratignures (petite plaie avec écoulement sanguin léger)	BISEPTINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRE(S)
--	---	-----------------

Hématome (inférieur à 10 cm)	GEL ARNICA Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRE(S)
-------------------------------------	--	-----------------

Nettoyage des yeux	DACRYOSERUM Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRE(S)
---------------------------	---	-----------------

Protocole validé par le médecin référent le :

Cachet et signature du médecin