

# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

## Foyer d'Accueil Médicalisé

## Foyer d'Hébergement

## Foyer de vie

### Etablissement souhaité :

- FAM A FUNTANELLA**                       **FAM GUAGNO-LES-BAINS**
- FOYER DE VIE A FUNTANELLA**
- FH A FUNTANELLA** (uniquement pour les travailleurs en ESAT)

### Ce dossier comprend :

- ⇒ Le dossier d'informations
- ⇒ La liste des pièces à fournir
- ⇒ Le formulaire de demande auprès de la MDPH Cerfa N°13788\*01
- ⇒ Le certificat médical Cerfa N°13878.01 (à joindre au dossier MDPH)

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### PERSONNE CONCERNEE

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)

Famille :  Mère  Père  Fratrie : .....  autres : .....

Lieu actuel de vie ou d'accueil : \_\_\_\_\_

Depuis le : \_\_\_\_\_

Demandeur du placement:  Intéressé(e)  Famille  Etablissement  Tuteur

Motif du placement : \_\_\_\_\_

#### Situation actuelle

IME  ESAT  FAMILLE  HOPITAL  
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

#### Orientation M.D.P.H (FOURNIR LA NOTIFICATION)

Date : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

#### Situation juridique

Tutelle  Curatelle  Autre : \_\_\_\_\_

Coordonnées du tuteur : nom, adresse, téléphone, mail

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom, Adresse, téléphone, mail de la personne à prévenir en cas d'accident

N° Immatriculation Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Adresse du Centre \_\_\_\_\_

Prise en charge 100 % OUI  NON

CMU OUI  NON

Caisse d'Allocations Familiales – Adresse du Centre : \_\_\_\_\_

Ressources

A.A.H OUI  NON  N° Allocataire :

A.P.L. ou AL OUI  NON  N° Allocataire :

Caisse de retraite complémentaire des parents et du tuteur

Nom et adresse

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de dossier : \_\_\_\_\_

Mutuelle N° : \_\_\_\_\_

Nom et adresse

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carte d'invalidité N° \_\_\_\_\_ Taux : \_\_\_\_\_

Allocation Compensatrice pour Tierce Personne OUI  NON

Prestation de Compensation du Handicap OUI  NON

Pension d'invalidité OUI  NON

## QUESTIONNAIRE D'AUTONOMIE

	Seul(e)	Avec une aide	Accompagnement total
<b>Hygiène corporelle</b>			
<b>Hygiène vestimentaire</b>			
Précision :			
<b>Alimentation</b>			
Précision :			
<b>Mobilité, locomotion</b>			
Se tenir debout			
Marcher			
Monter des marches			
S'asseoir			
Se coucher			
Se lever			
Précision :			
<b>Elimination</b>			
Précision :			
<b>Capacités cognitives</b>			
Ecrire			
Lire			
Compter			
Précision :			
<b>Communication avec l'environnement</b>			
Précision :			

## COMPORTEMENT

Troubles du langage OUI  NON

Précisions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Troubles du comportement OUI  NON

Précisions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orientation dans l'espace OUI  NON

Précisions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orientation dans le temps OUI  NON

Précisions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Risque de fugues OUI  NON

Précisions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Risque de chute OUI  NON

Précisions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SOCIALISATION

Capable d'initiative

OUI

NON

Précisions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Compréhension des consignes

OUI

NON

Précisions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relations affectives

OUI

NON

Précisions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DESCRIPTION DU HANDICAP

---

---

---

---

---

---

---

---

**Parcours familial antérieur :**

---

---

---

**Parcours institutionnel antérieur :**

---

---

---

**Goûts et habitudes de vie:**

---

---

---

**Expression des attentes et des besoins (communication, santé, autonomie, vie sociale, loisirs, ...) :**

---

---

---

Le consentement de la personne pour entrer dans l'établissement a-t-il été recueilli ?                      OUI                       NON

**Dossier rempli le :** \_\_\_\_\_

**Par :** \_\_\_\_\_

**En qualité de :** \_\_\_\_\_

**Signature**

**A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL AU SERVICE MEDICAL**

Pathologie(s) principale(s) à l'origine du handicap (historique et évolutive)

---

---

---

Autres pathologies \_\_\_\_\_

---

---

La maladie à l'origine du handicap est-elle ou vous paraît-elle stabilisée ?

OUI       NON

Si non, comment a-t-il évolué durant les 5 dernières années ?

---

---

La maladie à l'origine du handicap est-elle justifiable d'une rééducation ou d'un traitement ? \_\_\_\_\_

---

**Antécédents :**

▪ **Médicaux :** \_\_\_\_\_

---

▪ **Chirurgicaux :** \_\_\_\_\_

---

▪ **Familiaux :** \_\_\_\_\_

---

▪ **Allergies :**      OUI       NON

Si oui, préciser \_\_\_\_\_



**Vaccinations :**

- B.C.G. : OUI  NON
- Tubertest : OUI  NON
- D.T.P. : OUI  NON
- Hépatite B : OUI  NON
- R.O.R. : OUI  NON
- Autres : OUI  NON

**DESCRIPION CLINIQUE ACTUELLE****Taille :** .....**Poids :** .....**I.M.C. :** .....**Régime Alimentaire :**Normal Adapté 

Si adapté, préciser : \_\_\_\_\_

**Appareil Cardio Vasculaire :** \_\_\_\_\_**Appareil Respiratoire :** \_\_\_\_\_**Appareil Digestif :** \_\_\_\_\_**Etat Dentaire :** \_\_\_\_\_**Appareil Ostéoarticulaire :** \_\_\_\_\_**Appareil Génito – urinaire :** \_\_\_\_\_**Pour femme :**  Date 1<sup>ère</sup> R : .. / .. / ....

- Grossesse : OUI  NON
- Contraception : OUI  NON
- Ménopause : OUI  NON

**Ophtalmo :**

- Pathologie ? : \_\_\_\_\_
- Acuité visuelle OD : OUI  NON
- Avec correction OD : OUI  NON
- Acuité visuelle OG : OUI  NON
- Avec correction OG : OUI  NON

**O.R.L. :**

- Acuité auditive OD : OUI  NON
- Acuité auditive OG : OUI  NON

**Le sujet est-il atteint actuellement d'une maladie virale ou bactérienne évolutive ou contagieuse ?** OUI  NON 

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

**Neuro – psychiatrique :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Troubles trophiques :**

- Escarres :
  - Localisation : \_\_\_\_\_
  - Type : \_\_\_\_\_
- Amyotrophie : \_\_\_\_\_

**Troubles sphinctériens :**

- Incontinence vésicale : OUI  NON
- Incontinence anale : OUI  NON
- Sonde OUI  NON

**Troubles moteurs et sensitifs :**

- Sensitifs : \_\_\_\_\_
- Moteurs : \_\_\_\_\_
- Paralyse :
  - Flasque : \_\_\_\_\_
  - Spasmodique : \_\_\_\_\_
- Épilepsie OUI  NON 
  - Fréquence : \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_

**Troubles psychiatriques :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Traitement en cours :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autres observations, examens complémentaires:** (biologiques, radiologiques, .... )  
que vous jugez utile de nous communiquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nom du médecin :** \_\_\_\_\_

**Adresse du médecin :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fait à :** \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Cachet et Signature :**

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

- ✂ Notification de décision MDPH
- ✂ Jugement de tutelle
- ✂ Carte d'identité (extrait acte naissance, livret de famille)
- ✂ 4 photos identité
- ✂ Carte vitale et attestation
- ✂ Carte mutuelle
- ✂ Carte d'invalidité
- ✂ Dernier avis d'imposition
- ✂ Justificatifs ressources : attestations CAF, CPAM, retraite, ...
- ✂ Relevé d'Identité Bancaire
- ✂ Relevé de capitaux