

Foyer de Vie *Les Tilleuls*



Dossier de demande d'admission

NOM, Prénom : _____

Domicile de secours : _____

Prise en charge actuelle de la personne : _____

Dossier rempli par : _____ Date : __ / __ / __

En qualité de :
(Précisez quel type de lien vous entretenez avec la personne)

Foyer de Vie « Les Tilleuls »
Tél. : 04 66 46 70 00 Fax : 04 66 46 70 01
Mél : fv.lestilleuls@wanadoo.fr
Site Internet : www.lestilleuls.eu



Ce questionnaire nous permet d'appréhender, de façon concertée, la problématique de la personne en demande d'admission au Foyer de Vie « *Les Tilleuls* » et, en fonction du projet d'établissement et des moyens mis en œuvre, d'évaluer l'adéquation possible entre ces deux éléments. L'objectif étant d'offrir à chacun un accueil et un accompagnement de qualité et de sécurité optimale.

Ce questionnaire dûment rempli et certifié exact, devra être retourné à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur
Foyer de vie « Les Tilleuls » – CCAS
07590 Saint-Etienne de Lugdarès

Ce document comprend deux parties :

- ◆ les renseignements d'ordre administratif (état civil...), une synthèse du parcours de la personne (par exemple, les composants, antécédents familiaux, placements...) ainsi qu'une description du comportement individuel et social (pôles d'intérêt, potentialités et limites...);
- ◆ quelques questions d'ordre médical, thérapeutique ou autre.

Après examen du dossier que ce questionnaire vient compléter, si la demande est retenue, la personne sera invitée à visiter l'établissement, rencontrer l'équipe d'accompagnement et les résidents et, dans le même temps, conviée à un entretien, d'une part avec le directeur ou l'éducateur chef, d'autre part avec le médecin psychiatre.

A l'issue de cette première rencontre, *et si nécessaire*, une période de stage pourra être proposée par l'équipe ou demandée par la personne elle-même.

La décision d'admission sera formalisée après concertation de l'équipe d'encadrement, et son dossier sera positionné en liste d'attente.

La liste des pièces à joindre au questionnaire aux fins de constitution du dossier se compose de :

- ◆ un avis C.D.A.P.H. de moins de cinq ans (notifiant la décision d'orientation en « *Foyer de vie* » ou « *Foyer occupationnel* »);
- ◆ une copie éventuelle du jugement de tutelle;
- ◆ deux photos d'identité;
- ◆ une copie du dernier rapport de synthèse.

Le dossier médical (Partie 2) est à faire remplir par le médecin référent de la personne, et à joindre sous pli confidentiel, à l'attention de Monsieur le Docteur Jean VÉRILHAC, accompagné des pièces suivantes :

- ◆ un bilan actualisé du médecin référent;
- ◆ une ordonnance du traitement actuel;
- ◆ un bilan sanguin récent;
- ◆ un certificat de vaccination.

NB : *Nous vous invitons à procéder aux démarches nécessaires à l'instruction du dossier d'Aide Sociale du Département d'origine de la personne concernée.*

L'admission définitive ne sera confirmée qu'après une période d'essai de trois mois (pouvant être renouvelée une fois) dans l'institution.



Partie 1

- ◆ Renseignements sociaux et familiaux p. 4
- ◆ Parcours de la personne p. 5
- ◆ Motif de la demande d'admission et projet de la personne p. 5
- ◆ Autonomie physique p. 6
- ◆ Dynamique et identité individuelle p. 7
- ◆ Comportement général p. 8
- ◆ Socialisation, compétences et centres d'intérêt p. 9
- ◆ Aptitudes sensorielles et autres p. 10



Renseignements sociaux et familiaux

Nom, prénoms : _____

Date et lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse actuelle : _____

N° de sécurité sociale : _____ Caisse de : _____

Mutuelle : _____ Caisse de : _____

N° mutuelle : _____

Assurance responsabilité civile : _____ N° : _____

Notification C.D.A.P.H. de placement

Date : __/__/____ Taux : _____ Date de validité : __/__/____

Mesure de protection judiciaire : oui non

Type de mesure : _____

Nom du responsable légal : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Situation familiale : Célibataire Marié, pacsé ou en union libre

Nom, prénom du conjoint (e) : _____

Nombre d'enfants : _____

Le père Nom & prénom : _____

Age : ____ ans Profession : _____

Adresse actuelle : _____

_____ Téléphone : _____

La mère Nom & prénom : _____

Age : ____ ans Profession : _____

Adresse actuelle : _____

_____ Téléphone : _____

La personne a-t-elle des frères ou sœurs ? oui non

Garde-t-elle des relations suivies avec sa famille ? oui non

Si oui, sous quelles formes ? Visites oui non

Permissions oui non

Courrier ou téléphone oui non



Parcours de la personne

Fréquente-elle un établissement ? oui non

Si oui, lequel : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

A-t-elle été placée auparavant :

- ◆ en I.M.P. ? oui non
- ◆ en I.M.E. ? oui non
- ◆ en E.S.A.T. ? oui non
- ◆ en hôpital psychiatrique ? oui non
- ◆ Au sein d'un autre type d'établissement ? oui non

Si oui, nom & adresse : _____

Lieu	Date

Motif de la demande d'admission et projet de la personne :



Autonomie physique

La personne marche-t-elle seule ? oui non

Peut-elle sortir seule ? oui non

Accompagnée ? oui non

Utilise-t-elle seule les escaliers ? oui non

A-t-elle des troubles de l'équilibre ? oui non

Se sert-elle d'une canne ? oui non

Se sert-elle de béquilles ? oui non

Est-elle appareillée ? oui non

Si oui, quel appareillage a-t-elle ?

Utilise-t-elle un fauteuil roulant ? oui non

A-t-elle acquis une propreté diurne ? oui non

A-t-elle acquis une propreté nocturne ? oui non

Peut-elle se lever seule ? oui non

A l'aide de matériel adapté ? oui non

Fait-elle sa toilette seule (avec surveillance) ? oui non

Avec l'aide d'une tierce personne ? oui non

A l'aide de matériel adapté ? oui non

Peut-elle aller aux toilettes seule ? oui non

Avec l'aide d'une tierce personne ? oui non

A l'aide de matériel adapté ? oui non

S'habille-t-elle seule ? oui non

Avec l'aide d'une tierce personne ? oui non

Se nourrit-elle seule ? oui non

Avec l'aide d'une tierce personne ? oui non



Dynamique et identité individuelle

Veille-t-elle à son apparence personnelle ? oui non
Se rase-t-elle ? oui non
Se coiffe-t-elle ? oui non
Se parfume-t-elle ? oui non
Se maquille-t-elle ? oui non
Autres ? _____

Se repère-t-elle bien dans l'espace ? oui non
Se repère-t-elle bien dans le temps ? oui non

Possède-t-elle une carte nationale d'identité ? oui non
Possède-t-elle un passeport ? oui non
Possède-t-elle son carnet de santé ? oui non
Possède-t-elle un agenda personnel ? oui non

A-t-elle des effets personnels ? oui non
Si oui, lesquels ? _____

A-t-elle du mobilier personnel ? oui non
Si oui, quel type de mobilier ? _____

A-t-elle d'autres objets personnels ? oui non
Si oui, lesquels ? _____

A-t-elle une conviction religieuse ? oui non
Si oui, laquelle ? _____

Cette conviction implique-t-elle une prise en compte
D'un lieu de culte ? oui non
D'un rite particulier ? oui non
D'une alimentation particulière ? oui non
D'une tenue vestimentaire particulière ? oui non



Comportement général

La personne manifeste-t-elle :

- ◆ de l'angoisse oui non
- ◆ des difficultés d'attention oui non
- ◆ des difficultés de concentration ? oui non
- ◆ de l'opposition systématique ? oui non
- ◆ de la provocation ? oui non
- ◆ de l'impulsivité ? oui non
- ◆ de l'auto agressivité ? oui non
- ◆ une faible tolérance à la frustration ? oui non

La personne peut-elle :

- ◆ se mettre en colère ? oui non
- ◆ fuguer ? oui non
- ◆ chaparder ? oui non
- ◆ se prêter à des actes d'exhibitionnisme ? oui non
- ◆ manifester d'autres troubles du comportement ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

A-t-elle déjà manifesté des troubles comportementaux ? oui non

Si oui, lesquels ? _____



Socialisation, compétences et centres d'intérêt

Supporte-t-elle bien la vie en collectivité ? oui non

Si non, quelles sont ses difficultés ? _____

Peut-elle s'impliquer dans des tâches d'intérêt collectif ? oui non
(vaisselle, balayage, ...)

Peut-elle participer à une activité :

- ◆ de jardinage ? oui non
- ◆ d'élevage ? oui non
- ◆ de couture ? oui non
- ◆ d'expression (bois, terre, peinture..) ? oui non
- ◆ culinaire ? oui non
- ◆ sportive ? oui non
- ◆ ludique ? oui non
- ◆ culturelle ? oui non
- ◆ autre ? oui non

Si oui, indiquer la ou lesquelles : _____

Niveau scolaire (*précisez le niveau d'étude*) : _____

La personne sait-elle lire et compter ? oui non

Peut-elle maintenir une attention soutenue ? oui non

Si oui, durant combien de temps (*approximativement*) ? _____

Combien de temps peut-elle maintenir un effort de participation ? _____
(*indiquer approximativement la durée*)

Combien de temps peut-elle maintenir son attention ? _____
(*indiquer approximativement la durée*) ?

Quels sont ses principaux centres d'intérêt ? _____



Aptitudes sensorielles et autres

Voit-elle bien sans lunettes ? oui non

Voit-elle bien avec lunettes ? oui non

Entend-elle bien ? oui non

A-t-elle recours à un appareil auditif ? oui non

Parle-t-elle couramment ? couramment

pas du tout

avec difficulté

Si oui, quelles sont ces difficultés ? _____

Son langage verbal est-il compréhensible ? oui non

Fait-elle appel à un langage gestuel pour s'exprimer ? oui non

Epreuve-t-elle des difficultés gestuelles ? oui non

Si oui, lesquelles ? _____

Autres difficultés éventuelles ? _____

Parvient-elle à exprimer des désirs, des demandes ? oui non

Parvient-elle à manifester sa joie ? oui non

Epreuve-t-elle des difficultés de préhension ? oui non

Manifeste-t-elle certaines insensibilités ?

◆ face au froid ? oui non

◆ face à la chaleur ? oui non

◆ face à la douleur ? oui non

◆ autres ? oui non

Si oui, lesquelles ? _____



A remplir par la personne ayant dûment rempli le document

Nom, Prénom : _____

Qualité : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____

Date : __/__/____

Signature ⁽¹⁾

(1) Faire précéder de la mention "je soussigné, M. X ou Mme Y, certifie l'exactitude des renseignements portés dans ce questionnaire".

NB. : Les renseignements demandés sont à usage strictement interne à l'établissement.



Partie 2

- ◆ Renseignements généraux, médicaux et thérapeutiques pp. 13-14
- ◆ Traitements médicamenteux actuels p. 15
- ◆ Appareillage éventuel et difficultés p. 15
- ◆ Antécédents chirurgicaux p. 15
- ◆ Vie affective et sexuelle p. 16
- ◆ Relation de dépendance à divers produits p. 16



Renseignements généraux, médicaux et thérapeutiques

Confidentiel

Nom, prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse actuelle : _____

N° de sécurité sociale : _____

Nom & prénom du médecin référent : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Diagnostic évoqué : _____

Date du diagnostic : __/__/____

Lieu du diagnostic : _____

Hospitalisations :

Lieu	Dates	Motif

Taille : _____ Poids : _____ Groupe sanguin : _____

Régime alimentaire : _____



Allergies : _____

La personne souffre-t-elle ?

- ◆ de troubles de l'audition ? oui non
Type : _____
Médecin traitant : _____
- ◆ de troubles de la vision ? oui non
Type : _____
Médecin traitant : _____
- ◆ de troubles cardio-respiratoires ? oui non
Type : _____
Médecin traitant : _____
- ◆ d'un handicap physique ? oui non
Type : _____
Médecin traitant : _____
- ◆ de déficience mentale ? oui non
Type : _____
Médecin traitant : _____
- ◆ de troubles du comportement ? oui non
Type : _____
Médecin traitant : _____
- ◆ d'anomalies chromosomiques ? oui non
Type : _____
Médecin traitant : _____
- ◆ d'épilepsie ? oui non
Forme : _____ Fréquence : _____
Médecin traitant : _____
- ◆ D'autres troubles ? oui non
Indiquer la nature : _____

Date du dernier encéphalogramme : __/__/____

La personne a-t-elle bénéficié d'examen complémentaires ? oui non
Quels examens ont été pratiqués ? _____

Date : __/__/____

Compléments d'information : _____



Traitements médicamenteux actuels

Dénomination	Posologie

Appareillage éventuel et difficultés

Types d'appareillage	Difficultés

Interventions chirurgicales

Types d'opération	Dates

Remarques éventuelles : _____



Vie affective et sexuelle

La personne partage-t-elle une relation affective forte ? oui non

Cette relation s'accompagne-t-elle de rapports sexuels ? oui non

Son admission viendrait-elle « casser » cette relation ? oui non

A-t-elle déjà contracté une maladie sexuellement transmissible ? oui non

Si oui, laquelle ? _____

En souffre-t-elle encore à ce jour ? oui non

La personne est-elle réglée ? oui non

Normalement ? oui non

Prend-elle des moyens de contraception ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

Relation de dépendance à divers produits

La personne fume-t-elle ? oui non

Occasionnellement ? oui non

Quotidiennement ? oui non

Nombre de cigarettes/jour : _____

S'adonne-t-elle à des boissons alcoolisées ? oui non

Si oui, envers quel(s) type(s) de boisson ? _____

Quotidiennement ? oui non

Rythme (nombre de verres/jour)

Nombre de verres/jour : _____

Montre-t-elle une dépendance à la drogue ? oui non

Si oui, envers quel(s) type(s) de drogue ? _____

Manifeste-t-elle une dépendance médicamenteuse ? oui non

Si oui, envers quel(s) type(s) de médicament ? _____

