

# Dossier

## de demande d'admission

### au Foyer de Vie "Les Tilleuls"



**NOM :** .....      **Prénoms:** .....  
.....

**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).

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 optimales.

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

**Monsieur Patrick FIALON**  
**Directeur**  
**Foyer de Vie "*Les Tilleuls*" - CIAS**  
**07590 Saint-Étienne 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 autres.

Après examen du dossier que ce questionnaire vient compléter, si la demande a été 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 CO.T.O.RE.P. 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.

**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 I**

- ⇒ Renseignements sociaux et familiaux
- ⇒ Motif de la demande d'admission et projet de la personne
- ⇒ Parcours de la personne
- ⇒ Autonomie physique
- ⇒ Dynamique et identité individuelle
- ⇒ Comportement général
- ⇒ Socialisation, compétences et pôles d'intérêt
- ⇒ Aptitudes sensorielles et autres
- ⇒ Attestation de la personne ayant rempli le dossier d'inscription



## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX ET FAMILIAUX

**Nom et 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 Co.T.O.Re.P. 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, ou union libre

    ➔ **Nom du conjoint (e) :** .....

Père, mère, de ..... enfant(s)

    ➔ **Nom des enfant(s) :** .....

**Le père**      **Nom & prénom :** .....

**Age :** ..... **Profession :** .....

**Adresse actuelle & n° téléphone :** .....

**La mère**      **Nom & prénom :** .....

**Age :** ..... **Profession :** .....

**Adresse actuelle & n° téléphone :** .....

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

**Noms et adresses des frères et sœurs (*facultatif*) :** .....

.....

**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 et téléphone : .....

A-t-elle été placée auparavant en I.M.P. ?  oui  non

I.M.E. ?  oui  non

C.A.T. ?  oui  non

Hôpital psychiatrique ?  oui  non

Autre 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 IDENTITE 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 GENERAL

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 manifesté, dans son passé, des troubles comportementaux ?  oui  non

Si oui, lesquels ?



## SOCIALISATION, COMPETENCES ET POLES D'INTERET

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

Si non, quelles sont ces difficultés ?

Peut-elle participer à des obligations de service  
(Vaisselle, balayage..) ?  oui  non

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

Autres ?  oui  non

Si oui, indiquer lesquelles :

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

Sait-elle lire et compter ?  oui  non

Peut-elle participer à des tâches parcellaires de sous-traitance ?  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*) ?

D'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 ?  oui  non  
    Pas du tout ?  oui  non  
    Avec difficulté ?  oui  non  
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 ?

oui  non

Si oui, lesquels ?

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

**A REMPLIR PAR LA PERSONNE AYANT DUMENT REMPLI CE QUESTIONNAIRE**

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

Coordonnée(s) téléphonique(s) : .....

Date : .....

Signature <sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup> Faire précéder de la mention "je soussigné, M. Mme.....  
Certifie l'exactitude des renseignements portés dans ce questionnaire".*

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

# **PARTIE II**

- ⇒ Renseignements généraux, médicaux et thérapeutiques
- ⇒ Renseignements généraux (suite)
- ⇒ Traitement médicamenteux actuel
- ⇒ Appareillage éventuel et difficultés
- ⇒ Interventions chirurgicales
- ⇒ Vie affective et sexuelle
- ⇒ Relation de dépendance envers divers produits
- ⇒ Documents à joindre au dossier de demande d'inscription



**RENSEIGNEMENTS GENERAUX, MEDICAUX ET THERAPEUTIQUES**

**Confidentiel**

**Nom et prénoms :** .....

**Date et lieu de naissance :** .....

**Nationalité :** .....

**Adresse actuelle :** .....

.....

**N° de sécurité sociale :** ..... **Caisse de :** .....

**Mutuelle :** ..... **Caisse de :** .....

**N° mutuelle :** .....

**Incapacité**

**Avis Co.T.O.Re.P.** Date : ..... Taux : ..... Date de validité : .....

**Invalidité**

**Avis Sécurité Sociale** Date : ..... Taux : ..... Date de validité : .....

**Nom du responsable légal :** ..... **Téléphone :** .....

**Adresse :** .....

**Nom du médecin référent :** ..... **Téléphone :** .....

**Adresse :** .....

**Diagnostic évoqué**

.....

**Date du diagnostic :** .....

**Lieu du diagnostic :** .....

**Hospitalisations**

**Lieu :** .....

**Dates :** .....

**Motifs :** .....

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX (SUITE)**

Taille : ..... Poids : .....

Groupe sanguin : .....

Régime alimentaire : .....  
.....  
.....

Allergies : .....  
.....

La personne souffre-t-elle de :

- |                                 |                          |             |                    |
|---------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------|
| Troubles de l'audition ?        | <input type="checkbox"/> | Type :      | Médecin traitant : |
| Troubles de la vision ?         | <input type="checkbox"/> | Type :      | Médecin traitant : |
| Troubles cardio-respiratoires ? | <input type="checkbox"/> | Type :      | Médecin traitant : |
| Handicap physique ?             | <input type="checkbox"/> | Type :      | Médecin traitant : |
| Déficiência mentale ?           | <input type="checkbox"/> | Niveau :    | Médecin traitant : |
| Trouble du comportement ?       | <input type="checkbox"/> | Type :      | Médecin traitant : |
| Anomalies chromosomiques ?      | <input type="checkbox"/> | Type :      | Médecin traitant : |
| Epilepsie ?                     | <input type="checkbox"/> | Forme :     | Médecin traitant : |
|                                 |                          | Fréquence : |                    |

Autres troubles ?

Indiquer la nature : .....

Date du dernier encéphalogramme : .....

La personne a-t-elle bénéficié de :

Examens complémentaires ?

Quels examens ont-ils été pratiqués ? .....  
.....  
.....

Quand ? .....

Explications complémentaires : .....  
.....  
.....

**TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ACTUEL**

Dénomination	Posologie

**APPAREILLAGE EVENTUEL ET DIFFICULTES**

Types d'appareillage	Difficultés

**INTERVENTIONS CHIRURGICALES**

Types d'opération	Dates

**Remarques :** .....

.....

.....

.....

### 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 ?  oui  non

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 ?  oui  non

### RELATION DE DEPENDANCE ENVERS DIVERS PRODUITS

La personne fume-t-elle

Occasionnellement ?  oui  non

Quotidiennement ?  oui  non

Rythme (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)

Montre-t-elle une dépendance envers 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?



## **DOCUMENTS A JOINDRE A CE DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION**

Une photocopie de la notification Co.T.O.Re.P. de placement et du taux d'incapacité reconnu.

**Documents médicaux à demander au médecin de la personne, et à joindre sous pli confidentiel :**

- ✓ Partie II du dossier portant l'annotation " *confidentiel* "
- ✓ Un bilan actualisé du médecin
- ✓ Une ordonnance du traitement actuel
- ✓ Un bilan sanguin
- ✓ Un certificat de vaccination

**Dossier à adresser à :**

Docteur Verilhac Jean  
Foyer de Vie "*Les Tilleuls*"  
07590 – Saint-Étienne de Lugdarès

*Foyer de Vie "Les Tilleuls" - CIAS*  
*Centre Intercommunal d'Action Sociale – 07590 Saint-Étienne de Lugdarès*  
☎ 04 66 46 70 00      fv.lestilleuls@wanadoo.fr      📠 04 66 46 70 01