



A remplir au crayon indélébile

Dossier d'Admission

Version du 03.02.2011

- Nom et prénom du résident..... Né(e) le : Actualisé le :/...../.....
- Adresse : Code postal : Commune :
- Tel fixe : Tel Portable : E-m@il :

Joindre la copie de la pièce d'identité & une photo d'identité.

Personne(s) à contacter :

• Nature & origine du Handicap (*diagnostic médical, circonstances et date de survenue*) :

• Pathologies associées.

• Antécédents et allergies

• Objectifs de son séjour

Situation sociale

Situation familiale :

- Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Veuf (ve) Concubinage/PACS En famille

• Changement de situation en cours :

Avez-vous des enfants : Oui Non préciser le nombre Avez-vous de la visite sur Handi Village : Oui Non

Le résident arrive : Du domicile D'un centre hospitalier Du centre de l'Arche Autre, préciser.....

• Vit seul Vit avec de(s) proche(s) Lequel(s) :

Etes-vous suivi par une équipe de soins à domicile Oui Non si oui notez les coordonnées :

.....

Quelle profession exercez(iez)-vous ? Quel est votre niveau scolaire & dernier diplôme obtenu ?.....

Situation juridique :

Curatelle Tutelle Sauvegarde de justice Autogestion

Coordonnées du représentant légal et date de la mesure :

.....

Coordonnées de la Personne(s) de confiance (*loi n° 2005-370 du 22 Avril 2005 relative aux droits des malades*) :

.....

Confession religieuse : Avez-vous une confession religieuse ? Oui Non Si oui laquelle :

Mode d'admission demandée

Accueil de Jour Temporaire Permanent

Si mesure d'urgence, pourquoi :

Liens avec la Sarthe et la région des Pays de la Loire (*pour les demandes hors région*)

Non Oui Si oui lesquelles :

Assistant(e) Social(e)

Nom : Organisme :

Adresse :

Tel :

MDPH

Adresse :

Tel : E-mail :

Décision d'orientation M.A.S (*maison d'accueil spécialisée*): Oui Non

Si oui, date de validité de la décision de placement :

Dossier en cours déposé à la date du : par :

A :

Carte d'invalidité N° : Taux : Valable du : au

ACTP accordée Oui Non Du : au : Taux :

PCH accordée Oui Non Du : au : Taux :

Joindre les copies des pièces justificatives MDPH & copies de la carte d'invalidité.

Assurance Maladie & Protection Sociale

CPAM MSA Autre Préciser :

Adresse :

Tel : E-mail :

N° Matricule :

Complémentaire Santé : Oui Non

Adresse :

Tel : E-mail :

N° de contrat :

Prise en charge du forfait journalier : Oui Non Valable jusqu'au :

Assurances Souscrites

Responsabilité Civile : Oui Non Tel :

Adresse de l'assureur :

Assurance pour le fauteuil roulant : Oui Non Tel :

Adresse de l'assureur :

Joindre les copies de la RC et de l'assurance du fauteuil.

Ressources

| NATURE | | ORGANISME PRESTATAIRE | MONTANT MENSUEL |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------|
| AAH | <input type="checkbox"/> | | |
| Pension d'Invalidité | <input type="checkbox"/> | | |
| Rente Accident Travail | <input type="checkbox"/> | | |
| Retraite | <input type="checkbox"/> | | |
| Fonds National Solidarité | <input type="checkbox"/> | | |
| ACTP | <input type="checkbox"/> | | |
| Majoration TP sur pension | <input type="checkbox"/> | | |
| Majoration TP sur rente | <input type="checkbox"/> | | |
| PCH | <input type="checkbox"/> | | |
| Autres ressources | <input type="checkbox"/> | | |

Vie Sociale

Quelles sont vos activités habituelles :.....

Avez-vous des souhaits d'activités particulières :.....

Engagements associatifs : Oui Non Lesquels :.....

Utilisez-vous internet : Oui Non

Pouvez-vous sortir sur une journée complète : Oui Non

Avez-vous un chien d'assistance : Oui Non

Avez-vous une voiture adaptée personnelle : Oui Non Conduite par vous-même Conduite par un tiers



Partie à compléter par un médecin ou une équipe médicale Par :..... Date :.....

Dossier d'admission de :.....

Communication

Avez-vous l'usage de la parole : Ordinaire Difficile Très difficile

Utilisez-vous des accessoires de communication : Oui Non.

Si oui, lequel : Pictogramme Alphabet Synthèse vocale Autre :

Avez-vous accès au téléphone : Oui Non

Possédez-vous votre propre langage : Oui Non

Vous savez lire Vous savez écrire : Manuellement Par clavier

Vous comprenez les consignes simples: Oui Non

Vous portez des prothèses auditives : Oui Non

Vous portez des lunettes : Oui Non

Autonomie de déplacement

Marchez-vous : Oui Non Avec aide préciser

Utilisez-vous un fauteuil : Manuel Electrique **A l'intérieur:** Oui Non **A l'extérieur:** Oui Non

Type de coussin :

Pour les transferts, utilisez-vous : lève personne Type de hamac

Disque de transfert

Planche de transfert

Station debout

Autre préciser.....

Toilette & Habillage

Seul(e) = le résident réalise plus de 75 % de l'effort, aide technique possible, temps augmenté.

Aide partielle = le résident réalise au moins 50% de l'effort, supervision, encouragement

- Toilette du haut : Seul(e) Aide partielle Aide totale Au lit Au lavabo
- Toilette génito-anal : Seul(e) Aide partielle Aide totale Au lit Au lavabo
- Toilette du bas : Seul(e) Aide partielle Aide totale Au lit Au lavabo
- Shampoing : Seul(e) Aide partielle Aide totale Au lit Douche/ bain
- Douche : Seul(e) Aide partielle Aide totale
- Matériel utilisé : Strapontin Lit/douche Fauteuil douche
- Bain : Seul(e) Aide partielle Aide totale Transat Autre
- Habillage du bas : Seul(e) Aide partielle Aide totale Au lit Au lavabo
- Déshabillage du bas : Seul(e) Aide partielle Aide totale Au lit Au lavabo
- Habillage du haut : Seul(e) Aide partielle Aide totale Au lit Au lavabo
- Déshabillage du haut : Seul(e) Aide partielle Aide totale Au lit Au lavabo

Commentaires
Habitues propres à la personne

Soins de l'apparence

- Se coiffe : Seul(e) Aide partielle Aide totale
- Se lave les mains : Seul(e) Aide partielle Aide totale
- Se lave le visage : Seul(e) Aide partielle Aide totale
- Se rase/ se maquille : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Fait ses soins d'ongles : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Fait ses soins de peau (crème / masque ...) : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Met en place les accessoires (lunettes, bijoux) : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Se brosse les dents : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Fait ses soins de bouche : Seul(e) Aide partielle Aide totale Porte un appareil dentaire : Haut Bas

Remarques particulières sur les soins :

.....

.....

Alimentation

• **Vous mangez :** Seul(e) Aide partielle Aide totale

Avec des couverts ordinaires. Uniquement à la cuillère. Avec ses propres couverts.

Aide technique Oui Non Type :

Nutrition entérale Oui Non Type : Quantité par 24 h.....

• **vous buvez :** Seul(e) Aide partielle Aide totale

Au verre Avec son propre gobelet adapté Avec une paille

Restriction hydrique Oui Non Quantité par 24 h.....

• **Déglutition** (*risque de fausses routes*) : Non Avec aliments solides Avec liquides Eau gélifiée Eau épaissie Eau gazeuse

• **Régime :** Oui Non Type : (*sans sel / sans sucre / hypocaloriques. / Hypercaloriques. / A.V.K. ...*) :

Texture : (*Haché / mixé / coupé fin / semi liquide / épaissie*) :

• **Habitudes alimentaires** (Goûter / interdits) : préciser

Elimination

- Mode de miction :

- Normal (*sur W.C*) Bassin/urinal Rehausseur sur WC Siège WC
- Etui pénien + poches d'urines : Taille Marque :

- Percussions,fois par jour Par lui-même Par un tiers

- Auto sondage,fois par jour (*effectué par moi même*).

- Hétéro sondage,fois par jour (*effectué par un tiers*).

- Sonde à demeure : fréquence du remplacement : Taille Marque :

- Stomie urinaire (*urétérostomie...*): fréquence du remplacement : Taille Marque :

- Protection (*couches, alèses...*) autres, préciser :

- Quelque soit le mode de miction :

- Par lui-même Aide par un tiers

- Cependant, des « fuites » peuvent survenir :

- Jamais ou exceptionnellement Assez fréquemment Tous les jours ou presque

- Mode de défécation :

- Normal (*sur W.C*) Sur bassin Rehausseur sur WC Siège WC Au lit

- Utilisation de produits laxatifs par voie basse (*type Eductyl* ©)

Si oui, type de produit:.....

Si oui, à quelle fréquence

- Rééducation anale.....fois par jour

- Colostomie : fréquence du remplacement : Taille Marque : Avec support Sans support

- Protection pour incontinence.

- Quelque soit le mode de défécation :

- Par lui-même Aide par un tiers

- Cependant, des « fuites » peuvent survenir :

- Jamais ou exceptionnellement Assez fréquemment Tous les jours ou presque

Etat cutané

- Correct Fragilisé
 Risques ou présence d'escarre Non Oui Si oui : localisation
- Autres troubles cutanés préciser
- Retournement au lit Non Oui fréquence.....

Installation au lit

Type de matelas : Standard Autre préciser.....

- Nécessité de barrière de lit Oui Non
Nécessité d'une potence Oui Non
Nécessité d'une sonnette adaptée Oui Non Au lit Au WC
Nécessité d'un contrôle d'environnement Oui Non
Nécessité de coussins de positionnement Oui Non

Sommeil : Normal Insomnie Réveil précoce Heure habituelle du coucher :
 Aide médicamenteuse.

Retournement pendant la nuit : Oui Non. Si oui, à quelle fréquence

Sieste Oui Non Durée.....

Déficiences respiratoires

- Aucun problème.
 Ventilation nocturne non invasive (masque).
 Trachéotomie : Type de canule..... Modèle..... Taille :
 Ventilation assistée : Nuit (durée) : Jour (durées) :
 Oxygène: Nuit (durée) : Jour (durées) :
 Aérosol fréquence

Appareillage (Eole, alpha 200, etc...).....

Déficiences Cardio-vasculaires

Insuffisance cardiaque (précautions) :..... Tension artérielle habituelle :

Port de bas de contention

Déficiences Neurologiques

Epilepsie. Oui Non

Mouvements incontrôlés : Oui Non si oui Aux membres supérieurs Droit Gauche
 Aux membres inférieurs Droit Gauche

Déficiences Endocrinologique

Diabète : Oui Non Type :.....

Autre :

Conduite(s) addictive(s)

Tabac / alcool / Médicamenteuse / produits illicites / Alimentaire / Autres: préciser

Douleurs

Type :.....

.....

Intensité :.....

.....

Localisation :.....

.....

Déficiences Cognitives & Neurologiques

- Troubles du langage (*expression et/ou compréhension*) préciser :
- Troubles de la mémoire , préciser type et fréquence :
- Troubles de l'attention, préciser type et fréquence :
- Troubles de désorientation temporo-spatiale, préciser :
- Autres troubles instrumentaux (*syndrome frontal, persévération.*) préciser
- Troubles de l'humeur (*manifestation dépressive/euphoriques*), préciser type et fréquence :
- Troubles du caractère ou du comportement (*colère, fugues, agressivité..*), préciser
- Autres, préciser (*notamment pathologies psychiatriques*) :

Traitements & Soins

Prescription du Traitement en cours : - *Joindre l'ordonnance datant de moins d'un mois, merci et Joindre un résumé médical complet, merci.*

Coordonnés du Médecin traitant :

Prescription des soins infirmiers en cours : *Joindre l'ordonnance datant de moins d'un mois, merci.*

Coordonnés de l'infirmier(e) :

Prise en charge en Kinésithérapie

Nécessitez-vous de soins en kinésithérapie : Non Oui : *Joindre l'ordonnance datant de moins d'un mois, merci.*

Coordonnés du kinésithérapeute :

Prise en charge en Ergothérapie

Bénéficiez- vous de soins en ergothérapie : Non Oui : *Joindre l'ordonnance datant de moins d'un mois, merci.*

Coordonnées de l'ergothérapeute :

Autres thérapeutes intervenant dans le suivi du patient (médecin spécialiste, psychologue, etc....):

.....

Handi-village (Maison d'accueil spécialisée) Rue Lucien Chaserant 72650 Saint Saturnin Tel : 02.43.51.13.00 / www.handi-village.org