



FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE « LES PASSERELLES DE LA DOMBES »

770 Route des Echets
01390 TRAMOYES (AIN)

Dossier d'admission

Nom :

Prénom :

Important

*Ce dossier doit être complété par la **fiche d'évaluation de l'épilepsie d'un adulte** téléchargeable sur le site de l'Orsac. Cette fiche sert d'aide à la décision aux MDPH pour l'orientation FAM épilepsie et d'outil d'accompagnement pour nos équipes. Toute demande d'orientation faite à la MDPH pour cet établissement et tout dossier d'admission doivent être accompagnés de cette fiche.*

Demande d'admission

PERMANENTE

ET / OU

TEMPORAIRE

DONNEES SOCIALES

Résident(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Sexe : M F

Né(e) le : à :

Nationalité : CNI ¹ : oui non en cours

Passport ² : oui non en cours

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) veuf(ve)
 séparé(e) divorcé(e) en concubinage

Conjoint(e) :

Nom, Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :

.....

Sexe : M F

Tél : Domicile : Portable :

Travail :

Situation professionnelle :

Père :

Nom, Prénom :

Né le : à :

Adresse :

.....

Tél : Domicile : Portable :

Travail :

Situation professionnelle :

Situation familiale : célibataire marié pacsé veuf
 séparé divorcé en concubinage

¹ Veuillez fournir la photocopie recto verso de la carte nationale d'identité si vous en possédez une.

² Veuillez fournir la photocopie du passeport si vous en possédez un.

Mère :

Nom, Prénom :

Née le : à :

Adresse :

.....

Tél : Domicile : Portable :

Travail :

Situation professionnelle :

Situation familiale : célibataire mariée pacsée veuve séparée divorcée en concubinage**Fratrie :**

Nom / prénom	sexe	date de naissance	Éléments particuliers

Enfants :

Nom / prénom	sexe	date de naissance	Éléments particuliers

Accueil en établissement et prises en charges antérieures : oui non

Veillez faire une synthèse de l'historique du parcours de la personne concernée par la demande (précisez les dates, lieux, observations) et nous donner la fréquence des retours en famille.

Si non, merci d'apporter les éléments d'aides à domicile 1.3 dans la grille épilepsie. Pour les activités professionnelles remplir uniquement le point 1.5 dans la grille épilepsie.

Nom de l'établissement	Dates d'accueil

Fréquence souhaitée des retours en famille à l'avenir :

.....

.....

.....

.....

.....

AUTONOMIE

Habillage : autonome besoin d'une aide

Si besoin, précisez :
.....

Déshabillage : autonome besoin d'une aide

Si besoin, précisez :
.....

Toilette : autonome besoin d'une aide

Si besoin, précisez :
.....

Elimination : autonome besoin d'une aide

Si besoin, précisez :
.....

Incontinence urinaire : diurne : oui non nocturne : oui non

Incontinence fécale : diurne : oui non nocturne : oui non

Si besoin, précisez :
.....

Sommeil :

Heures du coucher et du lever :

Dort bien: oui non

Nécessité d'une sieste : oui non

Habitudes d'endormissement :

.....

Qualité du sommeil :

.....

Repas : autonome besoin d'une aide

Si besoin, précisez :
.....

Texture des aliments : normale hachée mixée

Risque de fausses routes : oui non

Régime alimentaire : oui non

Si oui précisez lequel :

.....

Troubles alimentaires :

Risque boulimique : oui non
Risque anorexique : oui non

Transferts : autonome besoin d'une aide

Si besoin, précisez :
.....

Mobilité :

Se déplace seul : en intérieur : oui non avec une aide technique
en extérieur : oui non avec une aide technique

Peut voyager en voiture : oui non
 Courts trajets longs trajets

Périmètre de marche :

Peut voyager en transports en commun : oui non
 seul avec accompagnement

Lors des déplacements en groupe à l'extérieur :

- reste avec le groupe : oui non
- nécessite une surveillance constante : oui non
- peut communiquer un numéro de téléphone : oui non

Orientation spatiale :

Se repère dans un espace connu : oui non avec difficulté
Se repère dans un espace inconnu : oui non avec difficulté

CAPACITES COGNITIVES ET DE COMMUNICATION

Communication verbale :

Est capable de s'exprimer : oui non
Si oui, niveau de langage : très bon bon
 moyen mots / phrases

Peut verbaliser ses pensées, ses émotions : oui non

Compréhension : des mots des gestes des consignes

Communication non-verbale : par : des gestes utilise des sons

des supports visuels, si oui, lesquels.....

En l'absence d'expression verbale, mode d'expression privilégié pour :

- les besoins :
- les émotions :
- les désirs :
- la douleur :

Capacité de concentration : très bonne bonne moyenne faible

Capacité de mémorisation : très bonne bonne moyenne faible

Observations particulières :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOCIABILITE ET COMPORTEMENT

Relations :

- Avec les autres résidants : jamais rarement parfois fréquemment
Avec les professionnels : jamais rarement parfois fréquemment
Mode de relation par : la parole le contact physique les gestes
Mode de lien à l'autre : exclusif dans l'échange inhibé variable
Comportement en groupe : adapté en repli excitable envahissant
Comportement à l'extérieur du lieu de vie :
.....

Troubles du comportement :

- Risque d'auto-agressivité : jamais rarement parfois fréquemment
Si oui, précisez :
.....
Agressivité / violence envers les autres : jamais rarement
 parfois fréquemment
Si oui, précisez les circonstances :
.....
Capacité à supporter la frustration : oui non parfois
Opposition : oui non parfois
Repli sur soi, isolement : jamais rarement parfois fréquemment
Si oui, précisez :
.....
Fugues ou tendance à la fuite : oui non parfois
Si oui, précisez la fréquence :
.....
Conscience du danger : oui non dans une certaine mesure
Mise en danger : volontaire involontaire
 jamais rarement parfois fréquemment
Phobies : oui non lesquelles :.....

Capacités d'adaptation à un nouvel environnement :

.....
.....

Vie intime et sexuelle :

- Vulnérabilité particulière : oui non
Attitude désinhibée : oui non
Si besoin, précisez :

ACTIVITES ET LOISIRS

Compétences :

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Lecture : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Ecriture : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Reconnaît son nom : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Différencie les couleurs : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Connaît l'heure : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Chant : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Coordination des mouvements : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Expression graphique : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Habilité manuelle : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Orientation temporelle : | | | |
| Journée : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Semaine : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |
| Connaît sa date de naissance : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> avec difficulté |

Centres d'intérêt :

- | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> musique | <input type="checkbox"/> sorties extérieures | <input type="checkbox"/> promenades | <input type="checkbox"/> animaux | |
| <input type="checkbox"/> télévision | <input type="checkbox"/> cinéma | <input type="checkbox"/> lecture | <input type="checkbox"/> informatique | <input type="checkbox"/> théâtre |
| <input type="checkbox"/> sport | <input type="checkbox"/> jardinage | <input type="checkbox"/> danse | <input type="checkbox"/> fêtes | <input type="checkbox"/> shopping |
| <input type="checkbox"/> cuisine | <input type="checkbox"/> manipulation d'objets | | | |
| <input type="checkbox"/> activités manuelles (précisez) : | | | | |
| <input type="checkbox"/> autre (précisez) : | | | | |

Activités pratiquées :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> musique | <input type="checkbox"/> équitation | <input type="checkbox"/> cuisine |
| <input type="checkbox"/> éveil sensoriel | <input type="checkbox"/> psychomotricité | <input type="checkbox"/> activité avec des animaux |
| <input type="checkbox"/> activités manuelles | <input type="checkbox"/> sport | <input type="checkbox"/> jardinage |
| <input type="checkbox"/> informatique | <input type="checkbox"/> vélo | <input type="checkbox"/> randonnée |
| <input type="checkbox"/> expression corporelle | <input type="checkbox"/> gymnastique | <input type="checkbox"/> atelier d'arts plastiques |
| <input type="checkbox"/> autre, précisez : | | |

Compétences particulières – observations :

.....

.....

.....

.....

.....

MOTIF DE LA DEMANDE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom, fonction et signature de la personne qui a rempli le dossier :

Nom et prénom :

Fonction / qualité :

Date :

Signature :

RECAPITULATIF DES PIECES A FOURNIR

- Notification MDPH d'orientation pour le FAM « Les Passerelles de la Dombes »
- Notification MDPH invalidité
- Notification MDPH AAH
- Adresse domicile de secours
- Adresse famille
- Coordonnées du tuteur ou curateur
- Photocopie du rapport éducatif, projet de vie ou autres documents si le demandeur est en établissement médico social.
- Attestations CPAM et Mutuelle
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile.
- Photocopie de l'attestation du jugement de protection juridique.
- Photocopie recto verso de la carte nationale d'identité et / ou du passeport.

CONTACTS

L'équipe du FAM « Les passerelles de la Dombes » reste à votre disposition pour tout autre renseignement. Association ORSAC, 51 rue de la Bourse, 69003 Lyon :

- Pierre COUDERC, chef de projet : pierre.couderc@orsac.fr
- Romain HOUDUSSE, chargé de mission : projet@orsac.fr

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT OU SPECIALISTE)

Pathologie principale :

.....
.....

Pathologie(s) associée(s) :

.....
.....
.....

Antécédents :

.....
.....
.....
.....

Poids : **Taille :**

Problème de vision : oui non

Problème d'audition : oui non

Allergie(s) et intolérance(s) connue(s) : oui non Si oui lesquelles ?

.....

Appareillages particuliers :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appareil auditif | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> Appareil dentaire | <input type="checkbox"/> Casque |
| <input type="checkbox"/> Verres correcteurs | <input type="checkbox"/> Autre : |

Vaccinations :

DTP : oui non rappel le :

Hépatite B : oui non rappel le :

BCG : oui non en date du :

Contrôle IDR :

Autre :

Moyen contraceptif : oui non

Si oui, lequel :

Traitements actuels : *joindre une copie des trois dernières prescriptions*

Intervenants médicaux et paramédicaux :

Spécialité	Nom	Coordonnées
Médecin traitant		
Neurologue		
Psychiatre		
Dermatologue		
Dentiste		
Ophtalmologiste		
Orthophoniste		
Gynécologue		
Autres :		

Examens ou interventions spécifiques ayant déjà été pratiqués : *(précisez date, lieu et conclusions)*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Appréciation générale et observations d'ordre médical :

.....
.....
.....
.....
.....
.....