

Date de la demande :

NOM et Prénom :



l'AutreRegard

Association pour Personnes Handicapées ou Dépendantes

Demande d'admission en établissement et services pour personnes adultes handicapées

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical par votre médecin, de transmettre une copie de la décision d'orientation de la MDPH et de prendre contact avec le secrétariat des résidents au 05 58 85 85 70 ou au « secretariat.eam@majouraou.fr » afin de faciliter votre inscription.

SOMMAIRE

1

Volet – Administratif

2

**Volet – Parcours de
vie**

3

Volet – Autonomie

4

Volet – Médical

ÉTAT CIVIL

Civilité (cocher la case correspondante) : Madame Monsieur

Nom :

Nom de naissance :

Prénom (s) :

Né(e) le : Commune de naissance :

Situation de famille (cocher la case correspondante) : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)
 Concubinage Divorcé(e) Veuf/veuve

COORDONNÉES

Adresse :

Commune : Code postal :

Département :

N° de portable : N° de fixe :

E-mail : @

SITUATION JURIDIQUE

Protection juridique (cocher la case correspondante) :

Tutelle Curatelle Curatelle renforcée Mandataire
 Sauvegarde de justice Sans régime de protection Habilitation familiale En cours

Représentant légal (le cas échéant) :

Civilité (cocher la case correspondante) : Madame Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Commune : Code postal :

Département :

N° de portable : N° de fixe :

E-mail : @

DÉCISION DE LA CDAPH

ORIENTATION (cocher la case correspondante) :

Foyer De Vie * Foyer D'Accueil Médicalisé Maison d'Accueil Spécialisée – MAS
 Service d'Accompagnement à la Vie Sociale – SAVS Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés – SAMSAH

* Pour bénéficier d'un accompagnement en accueil de jour ou accueil temporaire, il faut avoir une orientation foyer de vie.

DEMANDE RÉDIGÉE PAR (si différente de la personne mentionnée en page 1)

Civilité (cocher la case) Madame Monsieur
correspondante) :

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Commune : Code postal : Département :

N° de portable : N° de fixe :

E-mail : @

LIEN AVEC LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE (préciser, le cas échéant)

Membre de la famille :

Représentant légal :

Autre :

PERSONNE À PRÉVENIR (si différente de la personne mentionnée ci-dessus)

Civilité (cocher la case) Madame Monsieur
correspondante) :

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Commune : Code postal : Département :

N° de portable : N° de fixe :

E-mail : @

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro de sécurité sociale :

Nom et prénom de l'assuré :

Organisme :

Adresse de l'organisme :

Prise en charge ALD : Oui Non Si oui, pour quelles pathologies :

Numéro d'allocation familiales :

Organisme :

Adresse de l'organisme :

Carte d'invalidité : Oui Non Date de fin de validité

N° de la carte d'identité : Date de fin de validité

VOTRE SITUATION ACTUELLE

À votre domicile personnel

Au domicile familial

Structure médico-sociale

Depuis le :

Structure sanitaire

Depuis le :

Autre, préciser (ex : Hôtel, famille d'accueil...) :

.....

Nom de la structure :

Adresse :

Commune : Code postal : Département :

N° de portable : N° de fixe :

VOS RESSOURCES

Allocation aux Adultes Handicapés – AAH

Recours tierce personne

Aide Personnelle au Logement – APL

Revenus / Retraite

Pension d'invalidité

Autres :

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

CETTE DEMANDE EST LIÉE À (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)

Un changement de situation

Des difficultés liées au maintien à domicile

Une hospitalisation

Rapprochement familial

Amendement Creton

Autre (préciser) :

CAPACITÉS FONCTIONNELLES ET ACTIVITÉS

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement par les établissements ou services (Merci de cocher les cases correspondantes).

SOINS PERSONNELS	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller et se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses repas (boire, manger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOBILITÉ	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Faire ses transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAPACITÉS GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI	PAS DE DIFFICULTÉ	DIFFICULTÉ MOYENNE	NE FAIT PAS
S'orienter dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'orienter dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIE DOMESTIQUE ET COURANTE	OUI	NON
Gérer son traitement (en pilulier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savoir lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savoir écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savoir compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE	OUI	NON	FRÉQUENCES		
			JOURNALIERE	HEBDOMADAIRE	MENSUELLE
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotricien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPAREILLAGE

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique |
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Orthèse ou prothèse | <input type="checkbox"/> Appareil auditif | <input type="checkbox"/> Appareil dentaire |
| <input type="checkbox"/> Lunettes | <input type="checkbox"/> Lève personne | <input type="checkbox"/> Verticalisateur | <input type="checkbox"/> Guidon de transfert |
| <input type="checkbox"/> Matelas à air | <input type="checkbox"/> Matelas à mémoire de forme | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : | | | |
| | | | |
| | | | |

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICE POUR PERSONNES HANDICAPÉES

(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)

PERSONNE CONCERNÉE	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
TAILLE	POIDS

MÉDECIN TRAITANT
Nom :
Prénom :
Téléphone :
Adresse :
Courriel :

ORIGINE DU HANDICAP
.....

TRAITEMENT(S) EN COURS
.....
Soins cutanés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : Rééducation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser :

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	
.....	ALD
Allergie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser :	

VACCINATIONS (VEUILLEZ RENSEIGNER LA DATE)	
Anti-tétanique – DTP	
Anti-pneumococcique	
Anti-grippal	
Autre	

RÉGIMES ALIMENTAIRES ET TEXTURES	
Régime :	<input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Hypocalorique <input type="checkbox"/> Hypercalorique
Textures (aliments et boisson)

ANTÉCÉDENTS
MÉDICAUX
CHIRURGICAUX
PSYCHIATRIQUES

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		
	OUI	NON
Opposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délires, hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Errance, fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :		
CONDUITE À RISQUE		
Alcool :		
Tabac :		
Autre :		
MÉDECINS SPÉCIALISTES		
SPÉCIALITÉ	NOM	

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER (Cachet obligatoire)	
---	--