

Maison des Mollières

Foyer d'Accueil Médicalisé
Maison d'Accueil Spécialisée
12 chemin du Ravatel
69210 L'ARBRESLE
☎ 04 74 26 94 19
📠 04 74 01 52 99

mollieres@wanadoo.fr



www.maisonsdesaveugles.com

Maison d'En Haut

Foyer de Vie

La Grand Croix
69610 HAUTE RIVOIRE
☎ 04 74 26 38 54
📠 04 74 26 38 16

maisondenhaut@gmail.com

Dossier de DEMANDE D'ADMISSION Maison des Mollières



PHOTOGRAPHIE

Nom :
Prénom :
Age :

Date :

LISTE DES JUSTIFICATIFS A FOURNIR

- Copie de la notification d'orientation MDPH
- Bilan éducatif

AUTORISATION D'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'ATTENTE DEPARTEMENTALE

La liste d'attente départementale sert à gérer les inscriptions des personnes handicapées en attente de place dans une structure. Elle permet également d'anticiper les besoins en création de places.

Il est donc important que nous puissions enregistrer cette demande d'inscription en liste d'attente sur le système informatique du département du Rhône (Base de données IODAS). Vous disposez d'un droit d'accès et de modification à vos données.

A renseigner par la personne en attente d'une place, ou son représentant légal :

Je soussigné(e)

NOM –Prénom :

Autorise l'établissement à procéder à mon inscription sur la liste d'attente départementale.

Fait à,
Le

Signature :

FICHE ADMINISTRATIVE ET SOCIALE

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR, SON REPRESENTANT LEGAL OU UNE TIERCE PERSONNE

ETAT CIVIL

NOM : Prénom :
Nom de jeune fille :
Nationalité :
Date et lieu de naissance :
Lieu de vie actuel :
Depuis le :
Si le lieu de vie est une institution, indiquer le dernier domicile ou celui de la famille:

COUVERTURE SOCIALE

Sécurité sociale

N° d'immatriculation :
Coordonnées de la Caisse :
Droits à compter du :
 Assuré Ayant droit
100% OUI NON
Période de validité :

Couverture complémentaire

Couverture Maladie Universelle Complémentaire : OUI NON
Période de validité :
Mutuelle : N° Adhérent :
Organisme :
Adresse :
Téléphone :

REGIME DE PROTECTION DES BIENS

OUI (depuis le)
 NON EN COURS
Type de protection : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle
Nom et adresse du représentant légal :
Coordonnées téléphoniques :
Y a-t'il eu changement de tutelle ? OUI NON Si oui, tutelle antérieure :

SITUATION FAMILIALE

1. Célibataire

Père

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Si décès, date :

Profession :

En activité : OUI

NON

Mère

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Si décès, date :

Profession :

En activité : OUI

NON

2. Marié ou Vie maritalement

Depuis le :

Conjoint(e)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Si décès, date :

Profession :

En activité : OUI

NON

Divorcé / Séparé depuis le :

3. Enfants

Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Lieux de vie			
Téléphone			

4. Fratrie

Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Date de décès			
Lieux de vie			
Téléphone			

RESSOURCES

AAH : OUI NON

PCH : OUI NON Domicile Etablissement

Coordonnées MDPH :

N° de dossier :

Période notifiée :

Coordonnées organisme payeur :

N° Allocataires :

Indemnités journalières : OUI NON

Rente accident du travail : OUI NON

Pension d'invalidité : OUI NON

Indemnisation : OUI NON

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT

Département de prise en charge :

Décision d'admission à l'aide sociale (pour la prise en charge des frais d'hébergement en établissement) :

OUI NON

Si oui, joindre une photocopie de la décision.

TIERCE PERSONNE

Allocation Compensatrices pour tierce personne

OUI NON

Carte d'Invalidité

N° :

Période de validité :

ACTP :

Coordonnées MDPH :

N° de dossier :

Période notifiée:

Coordonnées organisme payeur :

N° de dossier :

Majoration **pour tierce personne** (MTP) versée par la sécurité sociale

OUI NON

PERSONNES S'OCCUPANT DE L'INTERESSE

MILIEU OÙ A VECU LA PERSONNE JUSQU'À CE JOUR

PLACEMENTS ANTERIEURS

Lieux	Entrée	Sortie

CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR, SON REPRESENTANT LEGAL OU UNE TIERCE PERSONNE

Nom de la personne ayant rempli ce dossier :

En qualité de :

En date du :

Nom et prénom du demandeur :

LIEU DE VIE

1. Domicile personnel :

Vit seul : OUI NON

Vit entouré de personnes : FAMILLE TIERCE PERSONNE

Adresse personnelle :

Nom et adresse de la famille :

Nom et adresse de la tierce personne :

2. Établissement :

Vit en établissement ? OUI NON

Si oui, nom, adresse et **tampon** de l'établissement

POSSIBILITE DE DEPLACEMENT

Marche

Sans aide

Avec aide Laquelle ? Canne, déambulateur, aide humaine ?

Marche non possible

Déplacement en fauteuil roulant manuel

Sans aide

Avec aide Laquelle ? *Totale ou partielle ?*

Déplacement en fauteuil électrique

Sans aide

Avec aide Laquelle ?

Distance **approximative parcourue seul(e) :**

AUTONOMIE DE TRANSFERT

- Passage lit - fauteuil : Sans aide Aide partielle Aide totale
- Passage fauteuil - baignoire : Sans aide Aide partielle Aide totale
- Passage fauteuil - WC : Sans aide Aide partielle Aide totale
- Couché :
- Peut se retourner ? Sans aide Aide partielle Aide totale
 - Peut s'asseoir ? Sans aide Aide partielle Aide totale
-

HYGIENE CORPORELLE

TOILETTE

- Lieu habituel, préférence :
- Au lavabo : Sans aide Aide partielle Aide totale
- Dans une baignoire : Sans aide Aide partielle Aide totale
- Si aide partielle, préciser laquelle :

APPAREILLAGE

- Nécessité d'un matériel adapté ? OUI NON
- Port d'un appareil dentaire ? OUI NON
- Port d'une prothèse oculaire ? OUI NON
- Port d'un appareil auditif ? OUI NON
-

ELIMINATION INTESTINALE

- Transit normal : OUI
- NON Préciser :
- Incontinence: OUI Nécessité de : protections, stomie ? Préciser :
- NON
-

ELIMINATION URINAIRE

- Miction normale: OUI
- NON Si non, préciser:
- Incontinence urinaire : OUI Préciser (protections, sonde à demeure, étui pénien, stomie....)
- NON

HABILLAGE

Haut du corps : Sans aide Aide partielle Aide totale

Si aide partielle, préciser laquelle :

Bas du corps : Sans aide Aide partielle Aide totale

Si aide partielle, préciser laquelle :

Chaussures et appareils orthopédiques :

Sans aide Aide partielle Aide totale

Si aide partielle, préciser laquelle :

ALIMENTATION ET REPAS

Alimentation par voie orale: Sans aide Aide partielle Aide totale

Si aide partielle, préciser laquelle :

Gastrostomie : OUI NON

Régime particulier : OUI NON

Si oui, lequel :

Depuis quand ?

Fausse route alimentaire : OUI NON

Si oui : rarement ? Date :

Fréquent ? Préciser :

COMMUNICATION ET FONCTIONS SENSORIELLES

La parole :

Langage compréhensible de tous OUI NON

Si non, préciser le trouble :

Mutisme : OUI NON

Compréhension : Consignes simples Consignes complexes Conversation

Utilisation de la Langue des Signes Française ou mode de communication spécifique ?

OUI NON

Précisez :

La vue :

Normale : OUI NON

Corrigée par des lunettes : OUI NON

Si oui, préciser (type de correction, conditions de port,...):

Depuis le :

Non-voyant : OUI NON

L'audition :

Normale: OUI NON

Port de prothèses auditives : OUI NON

Si oui, préciser (type de correction, conditions de port,...):

Depuis le ?

Malentendant: OUI NON

APPRENTISSAGES

La lecture : OUI NON
 Braille intégral Braille abrégé
 Noir
 Noir agrandi Préciser le corps de caractère :

L'écriture : OUI NON
 Braille intégral Braille abrégé
Si besoin d'aide, préciser (ordinateur, clavier)

L'usage du téléphone : OUI NON

Niveau d'études et formations professionnelles :

FONCTIONS INTELLECTUELLES

Orientation

- dans le temps : Correcte Perturbée Impossible
- dans l'espace intérieur: Correcte Perturbée Impossible
- dans l'espace extérieur : Correcte Perturbée Impossible

Risque de fugue : OUI NON

Mémoire

- des évènements immédiats : Correcte Perturbée Impossible
- des évènements anciens : Correcte Perturbée Impossible
- des personnes proches : Correcte Perturbée Impossible

COMPORTEMENT

Agressivité et violence physique : OUI NON

Langage violent : OUI NON

Auto agressivité : OUI NON

Si oui, préciser les modalités :

Agressivité sur autrui : OUI NON

Si oui, préciser les modalités :

VIE SOCIALE

Vie sociale possible : OUI NON

Fuite des relations sociales : OUI NON

Recherche excessive de contacts : OUI NON

Participation à des clubs ou activités : OUI NON

Si oui, lesquels ?

Participation à des associations : OUI NON

Lesquelles ?

Loisirs et activités préférées (musique, cinéma, sport, activités manuelles,..) :

VIE QUOTIDIENNE

Gestion de l'argent : Autonome Aide partielle Aide totale

Tabagisme : OUI Quantité : NON

Alcoolisme : OUI Quantité : NON

Relation avec la famille :

1. Visite sur site

A la demande de l'intéressé :

- Rythme des visites
- Quelles personnes

A la demande de la famille :

- Rythme des visites
- Quelles personnes

2. Possibilité de sortie chez la famille

- Rythme :
- Modalités particulières :
- Quelles personnes ?

Souhaits de la personne :

Motivation de la demande d'entrée dans l'établissement (FV, FAM, MAS) :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Nom et coordonnées des médecins spécialistes :

Nom et coordonnées du psychologue :

Nom et coordonnées des autres professionnels de soins (kinésithérapeute, orthoptiste, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien,...) :

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom:

Adresse :

Téléphone:

Pour les établissements, merci de joindre un bilan de l'équipe

FICHE MEDICALE

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT OU LE MEDECIN DU SERVICE DE SOINS

Nom et prénom du Patient :

Date et lieu de naissance :

Nature du Handicap :

Date de début et cause du handicap :

ANTECEDENTS

1. Allergies

2. Médicaux

3. Chirurgicaux

4. Familiaux

AFFECTIONS NEURO- PSYCHIQUES

- Signes dépressifs
- État déficitaire
- Comitialité :
- Agitation- désorientation temporo-spaciale :
- Troubles psychiatriques :
- Troubles du comportement agressivité Inhibition Régression Démission
- Attitude face au handicap
 - Conscience du handicap
 - Conscience de l'incurabilité
 - Conscience de l'aggravation
- Troubles du sommeil :
- Troubles de l'alimentation :

Autres :

EXAMEN ACTUEL

Poids :

T.A. :

Taille :

BILAN BIOLOGIQUE, RADIOGRAPHIQUE

- Biologie
 - sérologie
-

SOINS PARAMEDICAUX EN COURS (Préciser le rythme et l'indication)

- Kinésithérapie :
- Ergothérapie :
- Orthoptie :
- Orthophonie :
- Autres :

Existence d'une prothèse (auditive, visuelle, autre) ? OUI NON
Laquelle ?

VACCINATIONS

Type de vaccin	Date du vaccin

AFFECTIONS SENSORIELLES

- Auditive
- Oculaire
- Autres

FONCTIONS

Appareil cardio-vasculaire :

- TA habituelle :
- Souffle connu :

Appareil pulmonaire :

Appareil digestif :

Appareil urinaire :

État cutané :

SOINS DENTAIRES

APTITUDES AUX ACTIVITES (contre-indications médicales)

TRAITEMENT HABITUEL

Traitement	Matin	Midi	Soir	Coucher	Particularités

Autre :

DEGRE D'AUTONOMIE

Affection de l'appareil locomoteur

Appareillage et installations particulières

- Corset : OUI NON
- Coque : OUI NON
- Assise : OUI NON
- Fauteuil roulant manuel : OUI NON
- Fauteuil roulant électrique : OUI NON
- Déambulateur : OUI NON
- Autres, préciser :

Besoins quotidiens pour les actes de la vie courante :

Quelles sont vos recommandations concernant le patient ?

Nom et coordonnées du médecin ayant rempli ce dossier

Nom et coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin ayant rempli le questionnaire.

Fait à :

Le :

Signature du médecin :

Photocopies de courriers ou observations jointes au questionnaire :