

DOSSIER DE PRESENTATION

ADULTE

Nom et Prénom

CE DOSSIER EST CONSTITUE EN VUE :

d'un échange *

d'une admission à long terme*

au FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE A.P.F « Marie Gouyen »

* attention ! Un dossier médical complet sera exigé avant tout accueil.

IMPORTANT :

Nous vous remercions de remplir ce dossier au plus près des caractéristiques, des aspirations et des besoins de la personne concernée.

ETAT CIVIL

Nom prénom.....

adresse actuelle :

..... téléphone

adresse domicile :

.....

date de naissance/...../..... lieu de naissance dept

N° de sécurité sociale : ... /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

DONNEES ADMINISTRATIVES

Situation familiale :

célibataire marié ou vie maritale veuf(ve) divorcé(e)

Mesure de protection :

oui en cours non

si oui laquelle (nom et adresse du tuteur ou du curateur)

.....

Situation actuelle du candidat :

chez lui chez ses parents dans un établissement
ou en famille

autres : précisez :

si en établissement : lequel ?

Scolarité : niveau acquis :

n'a jamais été scolarisé certificat d'étude bac général ou pro
aucun diplôme BEPC/ BEP / CAP Études supérieures

la personne : sait écrire : oui non sait lire : oui non

la personne téléphone seule : oui non

la personne gère son argent de poche seule : oui non

Milieu du travail :

dernier emploi occupé :

ORIGINE DU HANDICAP

Diagnostic :

S'il s'agit d'un accident :

accident du travail

trajet travail

accident de la circulation (hors trajet - travail)

accident domestique

pratique d'un sport

guerre, crime, agression

tentative de suicide

autre : préciser

Autres causes éventuelles du handicap :

Très rarement, il arrive qu'existe un cumul de cause de handicap (ex: spina + Polio): dans ce cas , noter ci-dessous cette seconde cause dans l'ordre chronologique (et non en fonction de l'importance relative de chaque cause dans le handicap) nb : ne pas inscrire ici les déficiences secondaires à l'étiologie du handicap et qui sont recueillies après.

Autre étiologie éventuelle :

DEFICIENCES MOTRICES

Déficiences de la motilité volontaire des membres :

des 4 membres

d'un seul membre inférieur

des 2 membres inf. et d'un membre sup.

des membres inf. et sup. du même coté

des 2 membres inf.

D'un ou deux membres sup.

Déficiences de l'élocution et/ou de la phonation (dysanthrie) :

Absence de tout ou partie d'un ou plusieurs membres :

Autres observations :
.....
.....

DEFICIENCES ASSOCIEES

acuité visuelle:	aveugle <input type="checkbox"/>	malvoyant <input type="checkbox"/>	pas de trouble <input type="checkbox"/>	indéterminé* <input type="checkbox"/>
acuité auditive	sourd <input type="checkbox"/>	malentendant <input type="checkbox"/>	pas de trouble <input type="checkbox"/>	indéterminé* <input type="checkbox"/>
déficiences cardiaques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	donnée inconnue <input type="checkbox"/>	
déficiences respiratoires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	donnée inconnue <input type="checkbox"/>	
déficiences trophiques cutanées	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	donnée inconnue <input type="checkbox"/>	
déficiences intellectuelles	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	donnée inconnue <input type="checkbox"/>	
troubles du comportement	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	donnée inconnue <input type="checkbox"/>	

* ou non évaluable

DEPENDANCE – CAPACITES / INCAPACITES AIDES TECHNIQUES – APPAREILLAGE

Aide humaine (habituellement nécessaire) :

activité impossible = aide totale

supervision, incitation = aide minimale

TRANSFERTS :

– lever (exemple passer du lit au fauteuil roulant)	sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
– coucher	sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
– bain ou douche	sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
– W.C	sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
– autres	sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>

TOILETTE :

– soins d'apparence	sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
– toilette haut	sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
– toilette bas	sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
– aide au rasage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		
– brossage des dents	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		

HABILLAGE DESHABILLAGE : (dont mis en place et retrait des appareils)

sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

PRISE DES REPAS :

sans <input type="checkbox"/>	minime <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

TYPE D'ALIMENTATION SPECIFIQUE :

REGIME – ALLERGIES

INSTALLATION A TABLE

SOINS URINAIRES/ INTESTINAUX :

- aide miction aide pour incontinence (sonde, changes) sans minime importante totale
- aide pour aller à la selle hors transfert (doigtier, changes) sans minime importante totale

COMMUNICATION :

usage de la parole : ordinaire difficile très difficile
communication assistée : un code pictographique une synthèse vocale

autre : précisez :.....
.....

APPAREILLAGE POUR LIT ET SALLE DE BAIN (potence, chaise douche, matelas spécial, barrières de lit, etc..) :

.....
.....

AIDE OU APPAREILLAGE POUR LA COMMUNICATION :

.....
.....

TRACHEOTOMIE :

OUI NON appareillage (canule) :

ASSISTANCE RESPIRATOIRE :

aucune préventive (bird)
substitutive intermittente substitutive permanente

MOYENS ET CAPACITES DE DEPLACEMENT : (cocher plusieurs cases si besoin)

aucune aide technique avec une ou des cannes
avec déambulateur / rollator avec une flèche
avec un fauteuil roulant manuel avec un fauteuil roulant électrique
avec un tricycle autres

périmètre de déplacement

se déplace et se repère seul(e) à l'extérieur OUI NON

AUTRES PRECISIONS UTILES :
.....

PROJET DE VIE, BESOINS ATTENTES ET SOUHAITS (RUBRIQUE OBLIGATOIRE) :

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

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES QUE VOUS SOUHAITEZ TRANSMETTRE POUVANT PERMETTRE DE MIEUX CONNAITRE LA PERSONNE.

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

QUESTIONNAIRE REMPLI PAR :

NOM **FONCTION OU LIEN DE PARENTE**.....

ADRESSE

N° DE TELEPHONE

CE QUESTIONNAIRE A T-IL ETE REMPLI EN PRESENCE DE LA PERSONNE HANDICAPEE ?

OUI **NON**

SIGNATURE DU CANDIDAT

DATE

Les informations figurant dans ce dossier peuvent faire l'objet d'un dossier informatisé auquel vous avez accès sur simple demande. Les informations conservées sont destinées aux seuls services de l'A.P.F. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'opposition et de rectification.