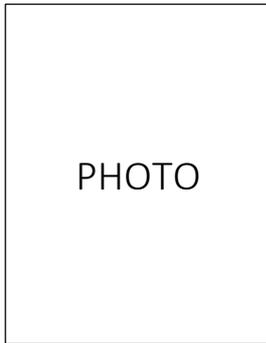




CANDIDATURE D'ADMISSION
AU SEIN DE LA SRL LA PILERIE



Nom : -----

Prénom : -----





Documents à fournir en vue d'une admission

Afin de constituer un dossier administratif complet, nous vous demandons pour toute candidature de nous fournir les documents suivants :

1. Administratif

- Une orientation MDPH en foyer occupationnel ou en foyer de vie ou en foyer d'accueil médicalisé en en maison d'accueil spécialisée ;
- Une carte européenne en cours de validité, délivrée par la sécurité sociale ;
- Une copie du jugement de tutelle ;
- La carte d'identité, en cours de validité ;
- La carte vitale, en cours de validité ;
- Les documents de mutuelle ;
- L'accord du département pour la prise en charge des frais de séjour ;
- Autorisation de la CARSAT (Caisse Assurance Retraite de la Santé Au Travail, par ex : CRAM).

2. Médical

- Un bilan sanguin récent ainsi que le type de groupe ;
- Un bilan dentaire et médical de moins d'un an ;
- Une prescription médicale que nous nous chargeons d'enlever auprès de notre pharmacie ;
- Les médicaments pour 15 jours ;
- Une anamnèse médicale et socio-éducative de moins d'un mois ;
- Un test de Quotient Intellectuel de moins de six mois

3. Socio-éducatif

- Quatre photos d'identité récentes ;
- Un rapport de comportement récent ;
- Une fiche de liaison.

Une convention entre la Résidence et le représentant légal de la personne accueillie sera remise lors de l'entrée et devra être renvoyée signée et paraphée dans les dix jours ouvrables.

Cette convention sera rédigée en trois exemplaires, l'une remise au tuteur, la seconde sera transmise à l'AVIQ la troisième sera conservée dans le dossier administratif de la Résidence.





RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A. État civil

1. Identité de la personne concernée

(Veuillez joindre la photocopie de la carte d'identité)

Nom :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance : __/__/____ à

Nationalité :

Adresse :

.....

Situation familiale : Célibataire – Divorcé(e) – Veuf(ve) – Marié(e) – Pacsé(e)

2. Identité du représentant légal

Nom :

Prénom(s) :

Statut (parent, frère, sœur, tuteur d'état, etc.) :

Adresse :

.....

Téléphone :

Fax :

Email :

3. Mère

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Emploi :





4. Père :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Emploi :

5. Fratrie :

Nom	Prénom	Date de naissance	Coordonnées du domicile

6. Enfants

Nom	Prénom	Date de naissance	Coordonnées du domicile





7. Couverture sociale

Numéro d'immatriculation :

Centre :

Complémentaire :

Ressources :

Orientation MPDH (anciennement COTOREP) :

Date de notification et de validité MDPH (anciennement COTOREP) :

Notification aide sociale :





RAPPORT DE COMPORTEMENT

Cochez le carré correspondant aux capacités réelles de la personne concernée

Conduites alimentaires

Capacités à s'alimenter

S'alimente seul

S'alimente seul avec une aide

S'alimente avec une aide partielle quotidienne (ex : lui couper la viande, le stimuler oralement)

N'est pas capable de s'alimenter seul

L'alimentation orale est impossible (ex : sonde gastrique, perfusion)

Textures de l'alimentation

Normale (entier)

Coupée

Hachée

Moulinée (comme une purée, une soupe)

Mixée (lisse comme un yaourt)

Régime spécifique (à préciser :)

Autres :

La texture des liquides doit-elle être épaissie pour l'hydratation de la personne ?

Oui

Non

Une installation au repas spécifique est-elle préconisée pour la personne ?

Non

Oui (à préciser :)

Régime alimentaire

Pas de régime spécifique

Diabétique

Sans sel

Sans résidu

Hypercalorique

Hypocalorique

Autre (à préciser :)





Obligation(s) selon les rites religieux ou culturels

Non

Oui, lesquelles :

Goûts alimentaires de la personne

Aime :

.....

N'aime pas :

.....

Allergies et intolérances (ex : gluten, lactose, fructose, etc)

Allergies	Intolérances

Conduites alimentaires à risques

La personne présente-t-elle des conduites alimentaires perturbées ?

Non

Oui

Si oui, cochez la ou les cases correspondante(s) :

Anorexie

Boulimie

Potomanie

Encoprésie

Ingestion d'objets

Autres (à préciser :

Antécédents de fausses déglutitions

Oui

Non

Si oui, à quelle fréquence ?

Quelles conséquences ?





Autonomie et dépendance physique

Hygiène

- Se lave seul, sans aucune aide
- Se lave seul sur sollicitation ou guidance orale
- Se lave seul avec une aide technique (ex : bain hebdomadaire)
- Nécessite une aide partielle quotidienne (ex : certaines parties du corps)
- N'est pas capable de se laver seul mais collabore lors de la toilette
- N'est pas capable de se laver seul et reste passif lors de la toilette

Habillage/déshabillage

- S'habille et se déshabille seul
- S'habille et se déshabille seul sur sollicitation ou guidance orale
- S'habille et se déshabille seul avec une aide technique (ex : enfiler les bas)
- S'habille et se déshabille seul avec une aide partielle quotidienne (ex : boutonner les vêtements, lacer les chaussures)
- N'est pas capable de s'habiller ou se déshabiller seul mais collabore
- N'est pas capable de s'habiller ou se déshabiller seul et est passif

Continence

- Continence complète
- Continence sur sollicitation
- Incontinence occasionnelle ou d'effort (ex : quand pression sur la vessie)
- Incontinence urinaire nocturne
- Incontinence urinaire isolée
- Aucun contrôle des sphincters
- Encoprésie

S'asseoir et se relever

- Se lève et s'assoit seul
- Se lève et s'assoit seul dans un siège adapté (ex : accoudoirs)
- Se lève et s'assoit avec l'aide d'une personne et collabore
- Est levé et assis avec l'aide d'une personne et reste passif (ex : est mis au fauteuil, sangles)
- Ne peut être levé

Se lever et se coucher

- Se lève et se couche seul
- Se lève et se couche seul dans un lit approprié (ex : niveau, potence)
- Se lève et se couche avec l'aide d'une personne et collabore
- Se lève et se couche avec l'aide d'une personne et reste passif
- Ne peut être levé





Déplacements à l'intérieur « à plat »

- Se déplace seul sans appui
- Se déplace seul mais avec un appui matériel (ex : cannes)
- Se déplace seul en fauteuil roulant
- Se déplace avec l'aide d'une personne
- Ne se déplace pas seul en fauteuil roulant

Déplacements à l'intérieur « escaliers »

- Se déplace seul sans appui
- Se déplace seul mais avec un appui matériel (ex : cannes, rampes)
- Se déplace avec l'aide d'une personne
- Ne se déplace pas dans les escaliers : fauteuil roulant

Déplacements à l'extérieur

- Se déplace seul sur tout terrain sans appui
- Se déplace seul sur tout terrain avec une canne
- Se déplace seul sur terrain plat, monte les trottoirs mais pas les escaliers
- Se déplace seul sur terrain plat, ne monte pas les trottoirs
- Ne se déplace pas seul, même sur terrain plat : nécessité de l'aide d'une personne

Autonomie / psycho-cognitive

Vision

- La vision est normale
- La vision est altérée mais suffisante pour éviter un obstacle
- Aveugle

Audition

- L'audition est normale
- Difficultés d'audition mais on peut se faire entendre (ex : en répétant)
- Sourd

Sommeil

- Ne présente aucun trouble du sommeil
- Troubles du sommeil ponctuels (ex : une ou plusieurs interventions par nuit)
- Troubles du sommeil manifestes et réguliers (ex : se lève, déambule, cris)





Orientation spatiale

Se repère correctement dans le petit et grand espace (répond correctement aux questions concernant son quartier, son adresse, sa ville, décrit un itinéraire simple)

Se repère uniquement dans un petit espace

Est capable de se repérer à l'aide de supports visuels

Est incapable de se repérer dans l'espace

Orientation temporelle

Se repère dans la grande et la petite durée (répond correctement quand on demande la date et surtout le mois et l'année en cours, la saison, la dernière fête écoulée)

Est bien orienté uniquement dans la petite durée (sait si c'est le matin ou le soir, l'heure approximative)

Est totalement désorienté dans le temps

Mémoire d'évocation

Évoque les faits récents (le nom du Président de la République, le menu du dernier repas, l'emploi du temps de la veille et du jour, les prénoms des membres de sa famille proche)

Évoque uniquement des faits anciens (ex : scolarité, début professionnel, mariage, fratrie, etc)

Aucune évocation cohérente (propos ne correspondant pas à la réalité)

Langage expression

S'exprime oralement sans difficulté

S'exprime oralement avec quelques difficultés

S'exprime oralement difficilement (impossibilité de comprendre ce que dit le résident)

Pas d'accès au langage

Langage compréhension

Dispose de bonnes capacités de compréhension

Ne comprend que des phrases simples (ex : « levez-vous », « allez à la table »)

Dispose de grandes difficultés de compréhension

Humeur

Jovial

Déprimé et triste

Repli et inhibition

Humeur fluctuante

Autonomie et dépendance sociale/relationnelle

Attitude vis-à-vis d'une activité de groupe





Participe spontanément aux activités (ex : tricote, lit dans sa chambre, joue aux cartes, bavarde avec les autres)

Participe mais avec sollicitation

Aucune occupation même provoquée (ex : passe ses journées entières dans son fauteuil sans rien faire)

Temps libre

S'occupe spontanément seul ou en groupe (ex : tricote, lit dans sa chambre, joue aux cartes, bavarde avec les autres)

S'occupe seul si on lui propose des idées

Aucune occupation seul, même provoquée.

Comportements autres

Agressivité

La personne présente-t-elle des comportements agressifs ?

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser l'intensité sur une échelle de 1 à 5 sachant que 1 est très faible et 5 très grande.

Auto agressivité 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Hétéro-agressivité 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Agressivité verbale 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Agressivité gestuelle 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Agressivité réactionnelle 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Agressivité sur l'environnement 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Précisions éventuelles :

.....





Vie sexuelle

Nécessite de l'attention de l'encadrement ?

La personne présente-t-elle des comportements sexuels inadéquats ?

- Non
- Oui

Si oui, cochez la ou les case(s) correspondante(s).

- Utilise un langage obscène
- Se masturbe en public
- Tente ou fait des attouchements à caractère sexuel à d'autres personnes
- Accepte les avances sexuelles, sans égard au partenaire ou à la situation
- Tente d'avoir ou a des relations sexuelles avec des partenaires non consentants

Autres comportements sexuels socialement inadéquats (précisez) :.....
.....
.....

Si non, compatible avec la vie en collectivité ?

Conduites addictives

La personne présente-elle des conduites addictives

- Non
- Oui

Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :

- Tabac : Oui – Non

Quantité consommée :

Respect des règles institutionnelles :

- Alcool : Oui – Non

Dans l'institution : Lors des sorties :

Troubles du comportement induits :

Précisions éventuelles (elles porteront sur la fréquence, la nature et l'importance de l'intoxication et des troubles du comportement éventuels) :
.....





- Stupéfiants : Oui – Non

Précisions éventuelles (elles porteront sur le caractère passé ou actuel de l'intoxication et sur la nature du risque) :

- Psychotropes : Oui – Non

Précisions éventuelles (elles porteront sur la fréquence, l'importance et sur la nature du produit absorbé) :

- Consommation anormale de médicaments : Oui – Non

Précisions éventuelles (elles porteront sur la fréquence, la nature et les raisons de cette consommation) :

- Fugues : Oui – Non

Si oui, cochez la ou les cases correspondante(s) :

- Fugues involontaires (ex : errances, problème d'orientation)
- Fuguées délibérées
- Fugues spontanées
- Risques importants de mise en danger durant la fugue

Précisions éventuelles (ex : types de risques, fréquences, évènements déclencheurs, etc) :

- Actes médicaux légaux :

- Pyromanie
- Petite délinquance (ex : vols)
- Autres (à préciser :





BESOINS DE L'USAGER

Besoins

Besoins exprimés par l'utilisateur	Besoins exprimés par le représentant légal	Autre

Attentes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Contre-indications éventuelles

- Retour en famille
Oui
Non

Si oui, cochez la case correspondante :

- Toutes les 6 semaines (rythme proposé par La Pilerie)
- 3 fois par an
- 1 fois par an





RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

A REMETTRE SOUS PLI CACHETE + A FAIRE REMPLIR UNIQUEMENT PAR LE MEDECIN

Patient

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Sexe : M – F – non binaire

Taille :cm Poids :kg TA :/.....mmHg FC :bpm

Contraception : Oui – Non

Groupe sanguin :

Pathologie diagnostiquée

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

Vaccinations

(Joindre le carnet de vaccination, si existant)

Vaccinations	Date	Vaccinations	Date
Diphtérie		Rougeole	
Tétanos		Oreillons	
Poliomyélite		Rubéole	
Coqueluche		Hépatite A	
Grippe		Hépatite B	
Méningocoque		Pneumocoque	
Papillomavirus		Varicelle	





Modes de vie

Allergies

.....

.....

.....

.....

.....

Affections particulières

Hépatite A

Hépatite B

Hépatite C

Séropositivité

Autre(s) :

.....

Antécédents médicaux

Maladies antérieures

Maladies	Date
Méningite	
Encéphalite	
Autres :	





Interventions chirurgicales

Précisez la nature des opérations subies, la date ainsi que l'établissement où l'intervention a été réalisée :

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

Traitement actuel

Médicaments traitant l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

Nom du médicament	Dosage	Posologie (entourez la ou les périodes concernées)	Fréquence
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	





		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	

Injection	Dosage	Posologie	Fréquence

Médicaments SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Nom du médicament	Durée	Posologie (entourez la ou les périodes concernées)	Fréquence
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	





		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	
		Matin – Midi – 16h – Soir – Nuit	

Déficiences

(Joindre une copie des comptes-rendus et des feuilles de traitement)

Intellectuelles, trouble du psychisme du comportement

.....

Déficiences liées à l'épilepsie

Type :

Fréquence des crises :

Déficience de l'audition

Troubles associés (ex : acouphènes, vertiges) :

Déficience de la vision

- Amélioration possible
 - Médicalement
 - Chirurgicalement
- Amélioration impossible





Déficience du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité :

Déficience métabolique, enzymatique (type de diabète, obésité, nanisme, etc) :

.....

Déficience du système immunitaire et hématopoïétique :

.....

Déficience de la fonction cardio-respiratoire :

Signes fonctionnels :

Signes de décompensation cardiaque :

Assistance respiratoire éventuelle :

Greffe : Oui – Non Date : __ / __ / ____ Tolérance :

Organisation médicale au sein de l'institution

Soins et surveillance médicale

Absence de pathologie stable ne nécessitant pas de surveillance médicale ou thérapeutique particulière (ou pas de consultation neuropsychiatrique)

Pathologie stable avec thérapeutique adaptée demandant une surveillance ou consultation neuropsychiatrique mensuelle épisodique

Affections évolutives ou risque permanent de décompensation demandant une surveillance psychiatrique régulière et fréquente (une à plusieurs fois par semaine ou consultation neuropsychiatrique une à plusieurs fois par semaine)

Troubles neurologiques – épilepsie – autres





Soins et surveillance infirmiers

Aucun soin infirmier particulier
Soins réguliers mais ne dépassant pas 15 minutes par jour
Nécessité de soins lourds et fréquents
(à préciser :

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

.....).

Soins de rééducation

Aucun besoin
Entretien (1 à 3 fois par semaine)
Besoin de soins de rééducation intenses, d'un entourage stimulant, de sollicitations importantes
(à préciser :

.....
.....
.....
.....).

.....).





Ce document est complété par le Docteur

En qualité de

Date : __ / __ / ____

Cachet :

Signature :

Informations finales :

Coordonnées du médecin de référence :

Nom et qualité de la personne ayant rempli ce dossier :

Date : __ / __ / ____

