

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Nom :

Prénom :

Département du domicile de secours¹ :

Nom : N° :

Lieu de vie actuel : Domicile Institution

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.

ATTENTION : tout séjour d'hébergement permanent sera nécessairement précédé d'un séjour d'évaluation en hébergement temporaire (aussi dans le cas d'une demande en hébergement permanent, les 2 cases ci-dessous devront être cochées).

Demande d'admission

**EN HEBERGEMENT
PERMANENT**

**EN HEBERGEMENT
TEMPORAIRE (motif) :**

- Répit
- Evaluation
- Autre (préciser) :

.....

¹ dernier domicile occupé au moins 3 mois consécutifs avant l'entrée dans une structure d'hébergement

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

Pièces à fournir identiques à une demande d'hébergement permanent ou temporaire :

- Fiche d'évaluation de l'épilepsie d'un adulte
- Notification MDPH d'orientation adaptée pour le FAM et le type d'hébergement (temporaire, permanent)
- Autres notifications MDPH (AAH, carte mobilité inclusion, PCH, ESAT, SAVS)
- Justificatifs de ressources des trois derniers mois (AAH, AEEH, invalidité...)
- Photocopie du rapport éducatif, projet de vie ou autres documents si le demandeur est en établissement médico-social
- Photocopie de la carte vitale
- Attestation de droits CPAM à jour
- Photocopie de la carte mutuelle à jour
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile à jour
- Photocopie du jugement de protection juridique le cas échéant
- Photocopie RV carte nationale d'identité et / ou passeport

DONNEES SOCIALES

Résident(e)

Nom :

Prénom :

Adresse du lieu de vie :

.....
.....

Sexe : M F

Né(e) le : à :

Nationalité : CNI : oui non en cours

Passport : oui non en cours

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

Mère :

Nom, Prénom :

Née le : à :

Adresse :

.....

Tél : Domicile : Portable :

Travail : Mail :

Situation professionnelle :

Situation familiale : célibataire mariée pacsée veuve
 séparée divorcée en concubinage

Père :

Nom, Prénom :

Né le : à :

Adresse :

.....

Tél : Domicile : Portable :

Travail : Mail :

Situation professionnelle :

Situation familiale : célibataire marié pacsé veuf
 séparé divorcé en concubinage

Conjoint(e) :

Nom, Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :

.....

Sexe : M F

Tél : Domicile : Portable :

Travail : Mail :

Situation professionnelle :

Fratrerie :

Nom / prénom	sexe	date de naissance	Eléments particuliers

Enfants :

Nom / prénom	sexe	date de naissance	Eléments 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

Adresse :
.....
Tél 1 : Tél 2 :
Mail :

Suivi social : OUI NON

Coordonnées du professionnel :
Adresse :
.....
Tél 1 : Tél 2 :
Mail :

AUTONOMIE

Habillage : autonome aide partielle aide totale

Si besoin, précisez :
.....

Déshabillage : autonome aide partielle aide totale

Si besoin, précisez :
.....

Toilette : autonome aide partielle aide totale

Si besoin, précisez :
.....

Elimination : autonome aide partielle aide totale

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 :

Crise(s) nocturne(s) : oui non

Si oui, fréquence :

Dort bien : oui non

Nécessité d'une sieste : oui non

Habitudes d'endormissement :
.....

Qualité du sommeil :
.....

Repas : autonome aide partielle aide totale

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 aide partielle aide totale

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

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 ? Merci

Fournir une attestation médicale

.....

Appareillages particuliers :

Appareil auditif

Fauteuil roulant

Appareil dentaire

Casque

Verres correcteurs

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*

- Traitements prescrits par le neurologue (joindre les 3 dernières ordonnances)
- Traitements éventuels prescrits par le psychiatre (joindre les 3 dernières ordonnances)
- Traitements spécifiques prescrits par le médecin traitant habituel (joindre l'ordonnance)
- Traitements « autres » homéopathie ou phytothérapie

Remarque : nous nous engageons à respecter les traitements neurologiques et psychiatriques. Le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant éventuel se réserve le droit de modifier ou suspendre les traitements jugés non indispensables.

CONFIDENTIEL

Intervenants médicaux et paramédicaux :

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Appréciation générale et observations d'ordre médical :

.....

.....

.....

.....

IMPORTANT

En cas d'acceptation de votre demande et de date programmée pour une entrée, voici la liste des documents à jour à transmettre avant l'arrivée ou à l'arrivée du résident au plus tard :

- Justificatifs de ressources des 3 derniers mois (AAH, AEEH, invalidité ...)
- Carte vitale
- Attestation de droits CPAM à jour
- Carte mutuelle
- Dernier échéancier de mutuelle avec le montant des cotisations
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile avec date d'entrée aux Passerelles de la Dombes
- Autorisation de droit à l'image complétée
- Récépissé de dépôt du dossier d'aide sociale du CCAS du département d'origine