

**DOSSIER DE CANDIDATURE**  
Merci de renseigner un maximum de données

PHOTO

**1. Renseignements Administratifs**

**A. Etat Civil**

**Candidat**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Nationalité : .....  
Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Numéro de registre national : .....  
Numéro carte d'identité : ..... Date de validité : .....  
Situation familiale  Célibataire  Marié  Divorcé  Veuf  Séparé

**Responsable légal – Administrateur - Avocat**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Statut (parent, frère, sœur, tuteur d'état, etc.) : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
Email : .....

**Mère**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Emploi : .....

**Père**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Emploi : .....



**Fratrie**

Nom	Prénom	Date de naissance

**Enfant(s)**




## B. Social

### Mutualité

Nom de la Mutuelle : .....

Adresse : .....

Nom et prénom de l'assuré(e) : .....

N° d'affiliation : .....

**Assurance complémentaire éventuelle** (ex : assurance responsabilité civile, ...) :

Non       Oui

**Si oui** la ou lesquelles :

.....

.....

### Reconnaissance par un organisme public d'aide et d'accompagnement à la personne

Non       Oui

**Si oui**, merci de préciser quel organisme et de fournir tous les documents

AVIQ       COCOF       SPF Sécurité Sociale

Autres.....

### Titulaire d'une carte d'invalidité

Non       Oui



## 2. Bilan d'Accueil

### A. Histoire

**En famille** du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**En famille d'accueil** du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### En établissement

Lieu	Période
	du __/__/____ au __/__/____
	du __/__/____ au __/__/____
	du __/__/____ au __/__/____
	du __/__/____ au __/__/____

**Ce document est complété par** .....

Statut (parent, frère, sœur, tuteur d'état, professionnel de santé...) .....

Adresse et numéro de téléphone.....

.....

Date : .....

Signature : .....

### B. Evaluation des capacités

*Cocher l'item qui correspond aux capacités réelles du candidat*

#### Autonomie / dépendance physique

##### Alimentation

- S'alimente seul
- S'alimente seul avec l'utilisation d'aides techniques (assiette, couverts adaptés)
- S'alimente avec une aide partielle quotidienne (lui couper la viande, le stimuler oralement)
- N'est pas capable de s'alimenter seul
- Alimentation orale impossible (sonde gastrique, perfusion)

##### Hygiène

- Se lave seul, sans aucune aide
- Se lave seul sur sollicitation ou guidance orale
- Nécessite une aide pour laver 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



### *Habillage / Déshabillage*

- S'habille et se déshabille sans aucune aide
- S'habille et se déshabille seul sur sollicitation ou guidance orale
- Nécessite une aide partielle pour s'habiller et se déshabiller (fermer les boutons, nouer les lacets, etc.)
- N'est pas capable de s'habiller et se déshabiller seul, mais collabore
- N'est pas capable de s'habiller et se déshabiller seul et reste passif

### *Continence*

- Continence complète
- Continence sur sollicitation
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence fréquente nocturne
- 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 (accouvoirs, etc.)
- Se lève et s'assoit avec l'aide d'une personne (le résident collabore)
- Est levé et assis avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)
- Ne peut être levé

### *Se lever et se coucher*

- Se lève et se couche seul
- Se lève et se couche seul dans un lit médicalisé adapté
- Se lève et se couche avec l'aide d'une personne (le résident collabore)
- Est levé est couché avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)
- Ne peut être levé

### *Mobilité*

- Se déplace seul, sans appui
- Se déplace seul mais avec difficultés (nécessité d'un appui : canne, tribune, etc.)
- Se déplace avec l'aide d'une personne
- Se déplace seul, en fauteuil roulant
- Se déplace en fauteuil roulant avec l'aide d'une personne

## **Autonomie / dépendance psycho-cognitive**

### *Expression*

- S'exprime oralement sans difficulté
- S'exprime oralement avec quelques difficultés
- S'exprime oralement avec difficultés (difficultés importantes pour l'interlocuteur de comprendre ce que dit le résident)
- S'exprime difficilement (impossibilité pour l'interlocuteur de comprendre ce que dit le résident)
- Pas d'accès au langage

### *Compréhension*

- Dispose de bonnes capacités de compréhension
- Ne comprend que des phrases simples
- Grandes difficultés de compréhension, même pour des consignes simples



*Sommeil*

- Ne présente aucun trouble du sommeil
- Troubles du sommeil ponctuels et circonstanciés
- Présente des troubles du sommeil manifestes et réguliers

*Humeur*

- Humeur stable
  - Jovial
  - Déprimé et triste
  - Repli et inhibition
- Humeur fluctuante

*Orientation temporelle*

- Se repère correctement dans le temps (jour, mois année)
- Est capable de se repérer dans le temps à l'aide de supports visuels
- Est capable de se repérer dans le temps à l'aide de supports rituels
- Se repère difficilement dans le temps, même avec des aides
- Est incapable de se repérer dans le temps

*Orientation spatiale*

- Se repère correctement dans l'espace
- Se repère correctement dans un lieu qu'il connaît
- Est capable de se repérer à l'aide de supports visuels
- Se repère difficilement dans l'espace, même avec des aides
- Est incapable de se repérer dans l'espace

*Mémoire d'évocation*

- Evoque des faits récents (menu du dernier repas, emploi du temps de la veille et du jour, prénoms des personnes qui l'entourent, etc.)
- Evoque uniquement des faits anciens
- Aucune évocation cohérente (propos qui ne correspondent pas à la réalité)

**Autonomie / dépendance sociale et relationnelle**

*Loisir et temps libre*

- Est capable de s'occuper seul
- Est capable de s'occuper sur sollicitation
- Est incapable de s'occuper

*Adaptation au contexte social*

- Repère les différents types de situations sociales et s'adapte correctement
- S'adapte avec quelques difficultés aux différents contextes sociaux
- S'adapte uniquement aux situations sociales de l'établissement
- Vit dans son monde, sans tenir compte du contexte social

*Aisance relationnelle*

- Entre facilement en relation avec d'autres personnes
- Entre en relation uniquement avec des personnes connues
- Présente des difficultés relationnelles importantes
- Evite tout contact avec d'autres personnes



## Comportements inadéquats

### Agressivité

La personne présente-t-elle des comportements agressifs ?

Oui  Non

Si oui, veuillez préciser l'intensité sur une échelle de 1 à 5 (1 très faible, 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 sur l'environnement 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Si agressivité, est-elle de type réactionnel ?

Oui  Non

Précisions éventuelles (description des comportements agressifs, les éléments déclencheurs éventuels, la fréquence, les indications afin de gérer ces comportements, etc.)

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

### Sexualité

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

Oui  Non

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) :

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

## Conduites alimentaires

### Alimentation

Capacités à s'alimenter (cocher l'item correspondant aux capacités réelles de la personne)

S'alimente seul

S'alimente seul avec l'utilisation d'aides techniques (assiette, couverts adaptés)

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

N'est pas capable de s'alimenter seul

Alimentation orale impossible (sonde gastrique, perfusions)

### Goûts de la personne

Quelles sont les préférences et dégoûts alimentaires de la personne ?

Aime : .....

N'aime pas : .....



**Régime** (sur prescription médicale ou recommandations d'une diététicienne)

- Diabétique
- Sans sel
- Sans résidu
- Hypocalorique
- Hypercalorique
- Autres.....

**Obligation(s) selon rites religieux ou culturels :**

- Non
- Oui, lesquels : .....

**Allergies et intolérances** (gluten, lactose, fructose...)

Allergies	Intolérances

**Conduites alimentaires à risques**

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

- Oui
- Non

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

- Anorexie
- Boulimie
- Potomanie
- Ingestion d'objets
- Autres : .....
- Antécédents de fausses déglutitions
- Non
- Oui

Si oui, à quelle fréquence ?.....

Conséquences :.....

**Textures modifiées**

La texture des aliments doit-elle être modifiée pour l'alimentation de la personne ?

(Cocher la texture préconisée pour la personne)

- « Manger entier » (la personne sait couper seul, pas d'adaptation)
- « Manger coupé » (le plat est présenté coupé en morceaux)
- « Manger haché » (la viande est hachée uniquement)
- « Manger mouliné » (= comme une purée)
- « Manger mixé » (= lisse comme une Danette)

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

- Non
- Oui





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

- Non
- Oui, laquelle :

.....

**Fugues**

La personne est-elle sujette à des fugues ?

- Oui
- Non

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

- Fugues involontaires (errances)
- Fugues délibérées
- Retours spontanés
- Risques importants de mise en danger durant la fugue

Précisions éventuelles (type de risques, fréquences, événements déclencheurs, etc.) :

.....  
 .....

**Conduites addictives**

La personne présente-t-elle des conduites addictives ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :

<i>Conduite addictive</i>	<i>Quantité consommée, remarques éventuelles</i>
<input type="checkbox"/> Tabac	
<input type="checkbox"/> Alcool	
<input type="checkbox"/> Stupéfiant	
<input type="checkbox"/> Psychotropes	



**C. Recueil des attentes et besoins du résident**  
(ou de son responsable légal si le résident ne peut les exprimer seul)

**Besoins**

<i>Indiqués par le Résident</i>	<i>Indiqués par l'Institution</i>

**Attentes**

<i>Indiqués par le Résident</i>	<i>Indiqués par l'Institution</i>

**Contre-indications éventuelles**

<i>Indiqués par le Résident</i>	<i>Indiqués par l'Institution</i>



### 3. Renseignements Médicaux A REMETTRE SOUS PLI CACHETÉ

 **A faire remplir uniquement par le Médecin**

➤ **Patient**

Nom : .....

Prénom : .....

DN : ...../...../.....      Sexe :  M    F      Contraception :  Oui    Non

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

Groupe sanguin : .....

➤ **Diagnostic principal**

.....

.....

.....

➤ **Origine du handicap**

.....

.....

.....

➤ **Traitement actuel**

<i>Nom et dosage du médicament</i>	<i>Posologie</i>
-	
-	
-	
-	



➤ **Déficiences**



*Joindre une copie des comptes-rendus et des feuilles de traitement*

▪ **Déficiência intellectuelle, troubles du psychisme ou du comportement**

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

▪ **Déficiência liée à l'épilepsie**

Type : .....

Fréquence des crises : .....

▪ **Déficiência de l'audition**

Troubles associés (acouphènes, vertiges) : .....

▪ **Déficiência du langage et de la parole**

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité :

.....

▪ **Déficiência de la vision**

Amélioration possible

Amélioration impossible

Médicalement  Chirurgicalement

Autres troubles : .....

▪ **Déficiência de la sphère digestive**

Trouble de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit : .....

.....

▪ **Déficiência de la fonction urinaire**

Troubles de l'élimination : .....

Dialyse :  Oui

Non

Fréquence hebdomadaire : .....

Greffe :  Oui

Non

Date \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Tolérance : .....

▪ **Déficiência métabolique, enzymatique**

Type de diabète, obésité, nanisme, etc. : .....

▪ **Déficiência du système immunitaire et hématopoïétique**

.....  
.....

▪ **Déficiência de l'appareil locomoteur**

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés :

.....

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance :

.....

▪ **Déficiência de la fonction cardio-respiratoire**



Signes fonctionnels : .....

Signes de décompensation cardiaque : .....

Assistance respiratoire éventuelle : .....

Greffe :  Oui  Non Date \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Tolérance : .....

➤ **Mode de vie**

**Allergies et intolérances** :  Oui  Non  Non connu


(Si oui, préciser l'allergène et le type de réaction)

.....

.....

**Tabac** : .... Cigarettes / jour depuis ..... années

**Alcool et drogues** : .....

➤ **Vaccinations**  **Joindre le carnet de vaccination, si existant**

Type	Date dernier rappel
-	
-	
-	
-	
-	
-	

➤ **Antécédents familiaux**

.....

.....

.....

.....



➤ **Antécédents personnels**

**Antécédents médicaux :** (Préciser date de diagnostic si connue)

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

**Antécédents chirurgicaux :** (Préciser date de l'intervention si connue)

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

**Hospitalisations**

<i>Date</i>	<i>Lieu</i>	<i>Objet</i>

**Interventions chirurgicales à prévoir :**

.....  
 .....



**Remarques :**

.....  
.....

**Ce document est complété par le Docteur .....**

en qualité de .....

Date :

Cachet :

Signature :

