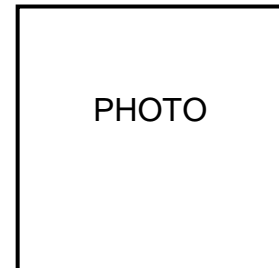


DOSSIER DE CANDIDATURE

1. Renseignements Administratifs

A. Etat Civil



Personne concernée

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Situation familiale :

Responsable légal

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

Couverture sociale

Nom de la Caisse :

Adresse :

.....

Nom et prénom de l'assuré(e) :

N° de matricule :

Assurance complémentaire éventuelle :

.....

.....

Notification MDPH :

(Merci de fournir une copie de la notification)

.....

Notification aide sociale :

(Merci de fournir une copie de la notification)

.....

Placement

Date de la prise en charge de placement MDPH : du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

(Merci de fournir une copie de la notification)

Titulaire d'une carte d'invalidité

Oui (Merci de fournir le document)

Non



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 ni de se déshabiller seul, mais collabore
- N'est pas capable de s'habiller ni de 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 (accoudoirs, 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 ?

- Non Oui

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

- Non Oui

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 ?

- 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 à des relations sexuelles avec des partenaires non consentants
- Autres comportements sexuels socialement inadéquats (précisez) :

.....
.....



Conduites alimentaires

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 goûts 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 les rites religieux ou culturels :

- Non
- Oui, lesquelles :

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

Allergies	Intolérances



Conduites alimentaires à risques

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

- Non
- Oui

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 seule, 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 un produit laitier)

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 ?

- Non
- Oui



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 ?

- Non Oui

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	

Ce document est complété par

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

Adresse et numéro de téléphone.....

.....

Date :

Signature :



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

Contre-indications éventuelles

<i>Indiquées par le Résident</i>	<i>Indiquées 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 :

➤ **ALD (Affection Longue Durée)**

ALD : Oui Non
 Motif(s) de l'ALD :

 Date du dernier renouvellement :/...../.....
 **Joindre une copie du protocole de soins validée par le médecin conseil (Cerfa n° 11626*03)**

➤ **Diagnostic principal**

.....

➤ **Origine du handicap**

.....



➤ **Traitement actuel**

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

(AFFECTION EXONERANTE)

Nom et dosage du médicament

Posologie

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Médicaments SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

Nom et dosage du médicament

Posologie

-
-
-
-
-
-
-
-
-





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

.....
.....

▪ **Déficience liée à l'épilepsie**

Type :

Fréquence des crises :

▪ **Déficience de l'audition**

Troubles associés (acouphènes, vertiges) :

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

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité :

▪ **Déficience de la vision**

Amélioration possible Amélioration impossible

Médicalement Chirurgicalement

Autres troubles :

▪ **Déficience de la sphère digestive**

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

.....

▪ **Déficience de la fonction urinaire**

Troubles de l'élimination :

Dialyse : Oui Non Fréquence hebdomadaire :

Greffe : Oui Non Date __ / __ / ____

Tolérance :

▪ **Déficience métabolique, enzymatique**

Type de diabète, obésité, nanisme, etc. :

▪ **Déficience du système immunitaire et hématopoïétique**

.....

▪ **Déficience 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 :



▪ **Déficience 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 :

