

INFORMATIONS IMPORTANTES À LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée au foyer de vie – foyer occupationnel du Mont-Clair doit adresser un dossier de demande d'admission complet.

Ce dossier comprend :

- Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (tuteur, famille, travailleur social...).
- Un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, **à mettre sous pli confidentiel**, qui permet notamment au médecin psychiatre exerçant dans l'établissement d'émettre un avis circonstancié sur la capacité du foyer à prendre en charge la personne au vu du niveau de médicalisation de l'établissement.
- Le dossier social sera à joindre.
- Le dernier Projet Personnalisé

Seuls les dossiers complets seront traités.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements) il convient de contacter le Conseil Départemental ou la MDPH dont la personne dépend.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Page à compléter par l'administration du Mont-Clair

NOM : Prénom :

Taux d'incapacité :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ à

N° de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Caisse :

Domicile de secours :

Date d'entrée : ____ / ____ / ____

Établissement précédent :

Prise en charge des Frais d'Hébergement :

Ressources :

PROTECTION JURIDIQUE :

FAMILLE :

Nom des personnes assurant les transports :

Observations particulières :

Page à compléter par l'administration du Mont-Clair

TYPE D'ACCUEIL :

- ☐ HÉBERGEMENT
- ☐ ACCUEIL DE JOUR
- ☐ ACCUEIL TEMPORAIRE EN HÉBERGEMENT
- ☐ ACCUEIL TEMPORAIRE DE JOUR

OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT :

DOSSIER ADMINISTRATIF

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de famille (de naissance) :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ à

N° immatriculation Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nationalité :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

☎ Tél. Fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse e-mail : @

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Pacsé (e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Séparé (e) ☐ Divorcé (e)

Nombre d'enfant(s) :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ? ☐ Tutelle ☐ Curatelle

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, orientation en lien avec l'évolution de la personne, etc...) :

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

Nom de famille (de naissance) :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

☎ Tél. Fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse e-mail : @

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT RECHERCHE :

☐ Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire ☐ Accueil de jour ☐ Accueil de jour temporaire

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire souhaité :

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

.....
.....

Dans tous les cas, préciser le nom de l'établissement et du service précédent :

.....

La personne concernée est-elle informée de la demande ? ☐ Oui ☐ Non

La personne concernée est-elle consentante (a la demande) ? ☐ Oui ☐ Non

Dans le cas où la personne ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé a-t-il pu être recueilli ? ☐ Oui ☐ Non

DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNE CONCERNÉE

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de famille (de naissance) :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ à

MOTIF DE DEMANDE

☐ Changement d'établissement ☐ Fin/Retour d'hospitalisation ☐ Maintien à domicile difficile

☐ Autres (préciser) :

Nom du Médecin Traitant :	
Adresse :	
Code Postal : _ _ _ _	Ville :
Tél. Fixe : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Nom du Psychiatre ou du spécialiste en charge de la déficience primaire :	
Adresse :	
Code Postal : _ _ _ _	Ville :
Tél. Fixe : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Antécédents médicaux, chirurgicaux	Pathologies actuelles
------------------------------------	-----------------------

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (*nom médicaments, posologie, voie d'admission*) :

Allergies : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

CONDUITE À RISQUE	Oui	Non	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE	Ne sait pas	Oui	Non
Alcool			Si oui, préciser (localisation...)			
Tabac						
Sevrage			Préciser la date du dernier prélèvement			

Taille : cm Poids : kg

Fonctions sensorielles Cécité : ☐ Oui ☐ Non Risque de fausse route : ☐ Oui ☐ Non

Fonctions sensorielles Surdité : ☐ Oui ☐ Non Risque de chute : ☐ Oui ☐ Non

R  ducation Kinésithérapie ☐ Oui ☐ Non R  ducation Orthophonie ☐ Oui ☐ Non

R  ducation Autres ☐ Oui ☐ Non Si oui Préciser :

Groupe Sanguin :

Pour les dames, Contraception : ☐ Oui ☐ Non

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication alerte				
Cohérence				

SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)		
Troubles du sommeil		

APPAREILLAGES

☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel ?

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs...)

Nom du Médecin qui à renseigné le dossier (si différent du médecin traitant):

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Tél. Fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date : ____ / ____ / ____

Signature et cachet