

Foyer de vie « Les Luminaires »
et Accueil de Jour
675 chemin les luminaires
71850 Charnay les Mâcon

Foyer d'Accueil Médicalisé
760 chemin des Bruyères
71850 Charnay Les Mâcon

Contact pour une demande :

Madame MATUZ-FOURNIER, Responsable des Foyers 03.85.22.82.41

(florence.matuz.fournier@rdasmacon.net)

Démarches administratives : Service des Admissions Finances ☎ 03.85.21.62.04

(admissions@rdasmacon.net) ou Madame CHAUX Cécile – Assistante Sociale ☎ 03.85.21.60.45

(social@rdasmacon.net)

DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION

Pour NOM- PRENOM :

.....

Date de naissance :/...../.....

La personne est-elle informé(e) de cette démarche Oui Non

Demande admission :

Foyer de Vie

FAM

Acc de Jour- Foyer de vie

Demande en hébergement :

Permanent

Temporaire

Temporaire et Permanent

PIECES A FOURNIR A CETTE DEMANDE

- Notification CDAPH/MDPH

- Une copie de la Carte vitale et attestation sécurité sociale

- Une copie de la Carte Nationale d'Identité

- Jugement de protection juridique

- Synthèses, compte rendus, ou bilans éducatifs des placements antérieurs

- Une copie de droits ouverts CAF/MSA

- Une copie de l'Accord de prise en charge au titre de l'Aide Sociale actuel ou d'un séjour antérieur

DOSSIER ADMINISTRATIF

NOM prénom :

Date de la demande :
Personne à contacter (Réfèrent/ coordinateur de la demande) :
Adresse
.....
.....
.
Mail
.....@.....
Téléphones :
.....

Réservé au Bureau des Admissions

Transmis à :		
Le :		
Visite Admissibilité le :	à :	H
<u>Objet de la demande :</u>		

DEMANDE POUR :

Nom :.....	Prénom.....
Nationalité :.....	
Date de naissance :.....	
Adresse actuelle :.....	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :.....	
Situation matrimoniale :.....	
Adresse antérieure à l'entrée dans une institution (<i>si la personne vit en institution</i>) :.....	

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

* Nom et prénom du père :.....	
Adresse :.....	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :.....	mail@.....
* Nom et Prénom de la mère:	
Adresse (<i>si adresse différente</i>) :.....	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :.....	mail@.....
*Autre contact familial :	
Nom -prénom et lien de parenté :.....	

PROTECTION JURIDIQUE/ HABILITATION FAMILIALE

Organisme tutélaire :

Nom et Prénom Représentant légal :

Nature de la protection (*Cocher la mesure de protection correspondante*) :

Sauvegarde *Curatelle Simple* *Curatelle Renforcée*

Habilitation Familiale *Tutelles aux biens et/ou à la personne*

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Mail :@.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Sécurité sociale :

N° Sécurité Sociale :.....

Centre Sécurité Sociale :.....

Mutuelle :

Mutuelle :.....

N° Mutuelle (nom+ coordonnées) :.....

MDPH :

N° Dossier MDPH :.....

Département MDPH :.....

Décision d'orientation CDAPH valable du .../.../.....au .../.../.....

Ressources (Préciser nature de la ressource et montant):

-

-

-

N° Allocataire CAF :

.....

Prise en charge aide sociale :

Avez-vous actuellement une prise en charge aide sociale ?

Oui

Non

Si oui :

Département de prise en charge :.....

N° dossier aide sociale :.....

DOSSIER EDUCATIF

Nom prénom :

Date de naissance :

Réservé au Bureau des Admissions

Transmis à :

Service :

Le :

Visite Admissibilité le :

à : H

Objet de la demande :

PARCOURS DE VIE ET SITUATION ACTUELLE

<u>DATES</u>	<u>SITUATION</u> (école, établissement/institution, famille d'accueil/stages, ESAT)
Du :	
Au :	
Du :	
Au :	
Du :	
Au :	
Du :	
Au :	
Du :	
Au :	
Du :	
Au :	
Du :	
Au :	
Du :	
Au :	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTONOMIE

Motivation de la demande (motifs) :

Présentation synthétique de la personne :

Habitude de vie (tabac, consommation de café, temps de repos...) :

A/ VIE QUOTIDIENNE :

Toilette :

Autonomie pour la toilette Totale Partielle Non Autonome
 Besoin de matériel Oui Non
 -Si oui, lequel :

Vêtements

Habillage Autonome Aide Partielle Aide totale
 Déshabillage Autonome Aide Partielle Aide totale
 Difficultés autres :

Mobilité

Déplacement Fauteuil Déambulateur Sans Autres :.....
 - Station debout possible Avec Aide Sans Aide
 - Autonomie à la marche Oui Non
 - Risque de chute Oui Non
 - Fatigabilité Oui Non
 Transferts : Utilisation matériel Oui Non
 -Si oui, lesquels :

Elimination :

Incontinence de jour Oui Non
 Incontinence de nuit Oui Non
 Observation : (stomie...)

Troubles du transit Oui Non
 Besoin de matériel Oui Non
 (Protections, bassins, urinal, penilex...) -Si oui, lequel :

Alimentation

Texture des repas Normale Mixée Autres

Préciser :

Prothèses dentaires Oui Non

Préciser :

Troubles de la déglutition Oui Non

Préciser :

Autonomie pour
l'alimentation Autonome Aide Partielle Aide totale

Sommeil

Rituel à l'endormissement Oui Non

Préciser :

Troubles du sommeil Oui Non

Préciser :

Besoin de matériel Oui Non

-Si oui, lequel :

Comportement particulier Oui Non

Expliquer :

B/ COMMUNICATION

Troubles auditifs Oui Non Partiel

Prothèses auditives Oui Non

Troubles visuels Oui Non Partiel

Lunettes Oui Non

Communication Par la parole A l'aide d'image Autre

Préciser :

Utilise le langage pour se faire comprendre Oui Non

Préciser :

Capacité de compréhension Oui Non Partielle

Préciser :

Contacts avec les autres Impossible Difficile Sans Problème

C/ VIE SOCIALE

Centres d'intérêts :

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

Utilisation des transports en commun	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
- Sorties extérieurs seul(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Utilisation du téléphone	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec Aide	<input type="checkbox"/> Partielle
Lecture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
Ecriture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
Gère une somme d'argent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel
Déambulation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
Désorientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
Agressivité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
Violence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
Sensibilité au changement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
Risque suicidaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel
Risque de sorties inopinées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel
Relation aux autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
Tendance à l'isolement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
A besoin d'isolement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel
Automutilation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partielle
Peut se mettre en danger	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel
Peut mettre les autres en danger	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel
Vol de nourriture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Rituels	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Préciser :

Respect des règles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Partiel
--------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------------

Préciser :

Vie Affective et sexuelle :

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

Autres :

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

Date – signature – fonction du signataire

INFORMATIONS SUR PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Nom et prénom :.....

Réservé au Bureau des Admissions

Transmis à :

Le :

Visite Admissibilité le :

à : H

Objet de la demande :

Médecin Traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : mail

Origine du handicap

.....

.....

.....

Allergies connues

.....

.....

.....

Antécédents Médicaux

Médecin spécialiste	Spécialité	Rythme suivi	Adresse	Téléphone et Mail

Antécédents Chirurgicaux

Date	Motif	Service Hospitalier	Lieu

Hospitalisation

Date	Motif	Service	Lieu

Vaccinations (Joindre le carnet)

Date	Vaccins

Consultations spécialisées (Ophtalmo, Dentiste...)

Date	Motif	Service Hospitalier	Lieu

Renseignements Complémentaires

Groupe sanguin (Joindre la carte) :.....

Traitement actuel (Si possible fournir les ordonnances) :.....

.....

.....

.....

Traitement antérieur (Si possible fournir les ordonnances) :.....

.....

.....

Poids :.....kg

Taille :.....M

DATE et Signature du Médecin Traitant