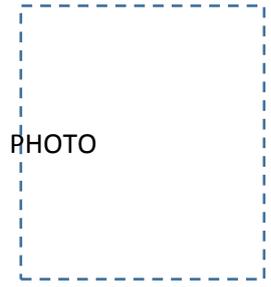




DOSSIER CONFIDENTIEL DE PRE-ADMISSION



1. Renseignements personnels

NOM :

PRENOM (S) :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Adresse complète :
.....
.....

Téléphone :

Lieu de vie actuel:
.....
.....
.....

Situation familiale :

Célibataire

Divorcé(e)

Marié(e)

Veuf/veuve

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ? Oui Non

Coordonnées complètes du représentant légal ?
.....
.....

2. BIOGRAPHIE DE LA PERSONNE

→ Antécédents familiaux et institutionnels :

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

→ Contacts réguliers avec la famille Oui Non

Si oui : Par téléphone :

Visite :

3. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A. Département :

B. Orientation MDPH

Foyer de vie

Foyer d'Accueil Médicalisé

Maison d'Accueil Spécialisée

Date de validité:

C. Numéro de Sécurité Sociale :

D. Carte d'identité ou passeport :

Valable jusqu'au



4. INFORMATIONS MEDICALES

→ Médecin traitant :

.....
.....

→ Médecins spécialistes :

Nom	Adresse	Spécialité	Téléphone
-----	---------	------------	-----------

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

→ Poids de forme :.....

→ Groupe sanguin :.....

→ Pathologie :

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

→ Les données personnelles :

- naissance et petite enfance

.....
.....

- interventions chirurgicales

.....
.....

- les allergies

.....
.....

- troubles digestifs et régimes particuliers

.....
.....

- les maladies cardiaques

.....
.....

- les maladies infectieuses et contagieuses

.....
.....

- les maladies sexuellement transmissibles

.....

- vaccinations

.....
.....

- épilepsie

Crises : Absences Petit mal Grand mal
 Avec incontinence De jour De nuit

Fréquence des crises ?.....

Facteurs des crises :

- Autres :.....

.....

Cadre réservé à l'équipe médicale de l'ASCENSION



• troubles alimentaires :

- Tendance boulimique
- Tendance anorexique
- Sujet aux fausses routes
- Potomanie
- Ingestion d'objets
- Aucun
- Autres :

• état dentaire :

Port d'un appareil dentaire ? Oui Non

• la vue :

Problème de vue : Oui Non

Port de lunettes : Oui Non

• audition :

Entend normalement Oui Non

Difficulté d'audition Oui Non

Surdité complète Oui Non

Appareillage Oui Non

• incontinence :

- Continence complète
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence urinaire diurne
- Incontinence urinaire nocturne
- Incontinence des deux sphincters

Remarques :

.....

.....



• conduite addictive

Respect des règles institutionnelles

oui

Non

Tabac

Actuellement

Par le passé

Quantité :.....

Alcool

Actuellement

Par le passé

Stupéfiants

Actuellement

Par le passé

Psychotropes

Actuellement

Par le passé

Consommation anormale de médicaments

Actuellement

Par le passé

Pyromanie

Actuellement

Par le passé

Petite délinquance (vol,...), perversité

Actuellement

Par le passé

Fugues, errance

Remarques :.....
.....

5. COMPORTEMENT ET AUTONOMIE

A. Traits de personnalité :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	Grande	Moyenne	Faible	Aucune
- auto agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- hétéro agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité verbale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité gestuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité réactionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- agressivité environnementale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

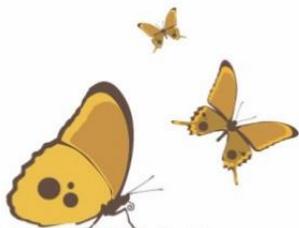
Comportements particuliers :

.....

.....

.....

.....



B. Forme de communication et langage

Oral Oui Non

Capable de formuler

- une phrase simple Oui Non

- des demandes Oui Non

Inexistant Oui Non

Cris Oui Non

Autres méthodes (makaton, pictogrammes,...) :.....

Décrivez :

.....

.....

C. Autonomie :

1) l'hygiène :

	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
--	---------	-----------	------------

- se laver

- s'essuyer

- s'habiller

- aller aux toilettes

Remarques :

.....

.....

.....

2) Les déplacements

Seul(e) Avec aide Dépendance

-Marche

Se déplace en fauteuil roulant

Se déplace avec un déambulateur

Peut maintenir la station debout

-Orientation spatiale

- Dans un grand espace

Oui Non

- Dans un petit espace

Oui Non

- Désorienté(e)

Oui Non

-Orientation temporelle

- A court terme

Oui Non

- A long terme

Oui Non

- Désorienté dans le temps

Oui Non

-Mémoire

Évoque des faits récents

Oui Non

Évoque des faits anciens

Oui Non

Aucune évocation cohérente

Oui Non

Remarques :

.....

.....

.....

3) les repas	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Utilise une fourchette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilise un couteau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coupe sa viande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se verse à boire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eau gélifiée	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Aliments mixés	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Aliments coupés	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Régimes alimentaires spécifiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	

Lesquels :

Remarques :

4) les acquis :	Seul(e)	Avec aide	Dépendance
Lit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecrit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lit l'heure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Applique une consigne simple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capable de se concentrer	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
-durée :			
-avec aide :	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	

Remarques :



5) Le sommeil

- Ne nécessite aucune intervention extérieure au cours de la nuit Oui Non
Nécessite une ou plusieurs interventions par nuit Oui Non
Agitation nocturne (se lève, déambule, cris,...) Oui Non

Remarques :

.....

D. Loisirs, activités préférées, occupations, sorties, habitudes....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E. Sexualité (peu ou très présente, recherche affective, troubles comportementaux)

.....

.....

.....

La sexualité est-elle compatible avec la vie en collectivité ?

.....

.....

F. Eléments psychologiques (angoisses, présences d'obsessions, fragilité....)

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

Personne(s) ayant rempli ce document :

Nom, prénom

Fonction (parent, assistant social, infirmier, tuteur,...) :

Etablissement et adresse :

.....
.....

Téléphone :

Adresse mail :

Date et signature

Nous vous répondrons rapidement suite à l'examen du dossier et vous proposons, le cas échéant, une visite dans notre établissement.



Afin de constituer un dossier administratif complet, nous vous demandons pour toute candidature de nous fournir les documents suivants lors de l'admission :

1. ADMINISTRATIF

- L'orientation MDPH
- Une carte européenne délivrée par la sécurité sociale
- Une copie du jugement de tutelle
- La carte d'identité
- La carte vitale délivrée par la sécurité sociale
- Les documents de mutuelle

2. MÉDICAL

- Un bilan sanguin récent
- Un bilan dentaire et médical de moins de deux mois
- Les médicaments pour quinze jours
- Une prescription médicale que nous nous chargeons d'enlever auprès de notre pharmacie

3. SOCIO-ÉDUCATIF

- Quatre photos d'identité récentes
- Un rapport de comportement récent

Une convention entre l'institution et le représentant légal de la personne accueillie sera contractée lors de l'entrée.

Cette convention sera éditée en trois exemplaires,

- l'une pour l'institution,
- l'autre pour le représentant légal et
- la troisième pour l' AVIQ (Agence pour une Vie Institutionnelle de Qualité)