



Complexe APF France Handicap
« Le Petit Plan »
99 allée Jean ZAY
83300 DRAGUIGNAN
☎ 04.94.39.43.50

Admission en établissement (adulte)

Dossier Social

DOSSIER COMPLET A RETOURNER IMPERATIVEMENT PAR COURRIER

PHOTO

Nom :

Prénom :

Sexe : M/F*

Nationalité :

Né(e) le :

Lieu et Département de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse Mail :

Questionnaire renseigné par :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Téléphone :

Adresse Mail :

FICHE D'IDENTITE ADMINISTRATIVE

❖ Assurance Maladie :

▪ Régime :

▪ N° de Sécurité Sociale :

▪ Adresse de la Caisse :

▪ Exonération du Ticket Modérateur : Oui/Non*

❖ Mutuelle :

▪ Nom et Adresse :

▪ Téléphone :

❖ Pensions, Allocations :

▪ Bénéficiaire d'une Allocation Adulte Handicapé : Oui/Non *

▪ Date d'attribution :

▪ Date d'expiration :

▪ Nom et Adresse de la Caisse :

▪ N°d'allocataire :

*Rayer les mentions inutiles

▪ **Autres Pensions :**

Type : (Pension d'Invalidité, rente Accident de Travail, Pension Orphelin, rente prévoyance...)

▪ **N° d'affiliation :**

▪ **Nom et coordonnées de l'organisme :**

❖ **M.D.P.H :**

▪ **Adresse de la C.D.A.P.H :**

▪ **Tel :**

▪ **Notification d'orientation** : Dans quel type d'établissement ? **FAM / FO / MAS*** ?

▪ **Accueil** : Quel type d'Accueil ? **Permanent** ou **Temporaire** ou **Accueil de Jour*** ?

▪ **Dossier N° :**

▪ **Date de validité** : du.....au.....

▪ **Notification de P.C.H** : (Aide Humaine, transport...)

▪ **Nature et dates de validité :**

▪ **Carte d'Invalidité :**

▪ **Taux :**

▪ **Dates de validité :**

❖ **Mesure de Protection :**

▪ **Nature**, (tutelle, curatelle...) :

▪ **Adresse du responsable légal désigné :**

▪ **Tel :**

❖ **Nom et coordonnées de la personne de confiance à prévenir en cas d'urgence :**

❖ **Filiation :**

▪ **Père :**

▪ **Adresse :**

▪ **Tel :**

▪ Mère :

▪ Adresse :

.....
.....

▪ Tel :

❖ *Fratrie* :

▪ Frère(s) :

.....
.....

▪ Adresse, Tel:

.....
.....

▪ Profession :

.....
.....

▪ Sœur(s) :

.....
.....

▪ Adresse, Tel:

.....
.....

▪ Profession :

.....
.....

❖ *Situation actuelle* :

▪ Vous habitez : Seul, en famille, en collectivité*

Coordonnées de l'établissement, date d'entrée, coordonnées de la personne référente :

.....
.....

▪ Vous êtes : Marié, célibataire, union libre, séparé*

▪ Noms et âges des enfants :

.....
.....

❖ **Historique du Parcours de vie** (scolarisation, placements, dates, lieux...) :

[illegible]

*Rayer les mentions inutiles

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION DANS NOTRE ETABLISSEMENT

Pour quelles raisons faites vous cette demande d'accueil, dans quel contexte, quel projet ?

[illegible]

❖ *Autres éléments qu'il vous semble utile de préciser :*

[illegible]

❖ **Histoire de vie et faits marquants à connaître :** (origine du Handicap, maladie, accident...)

[illegible]

❖ **Mode de communication et aide éventuelle :** (Utilisation synthèse vocale, téléphone, PC, internet, autres...)

.....

.....

.....

.....

.....

❖ **Mode de déplacement intra et extra muros :**

.....

❖ **Activités et loisirs appréciés :**

.....

❖ *Habitudes quotidiennes ?*

[illegible]

❖ **Gestion et valeur de l'argent :**

- **Disposez-vous de moyens de paiement (CB/chéquiers/espèces) ?**

.....

.....

- **Etes-vous autonome dans cette gestion ?**

.....

.....

- **Avez-vous besoin de l'aide d'un tiers ? Et quelles sont vos attentes ?**

.....

.....

.....

❖ **Y a-t-il des points de vigilance particuliers à exercer ? (tabac, alcool, Etc...)**

- **À titre individuel ?**

.....

.....

.....

- **Dans votre relation au groupe ?**

.....

.....

.....

- **À l'extérieur?**

.....

.....

.....

❖ **Avez-vous des remarques particulières à formuler ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Signature de l'intéressé :

Signature du représentant Légal :



LISTE DES PIECES A FOURNIR

Dossier PRE-ADMISSION

- ☐ Copie de la décision d'**orientation** en **Accueil Temporaire/Permanent/ Accueil de Jour** de la MDPH en cours de validité.
- ☐ FO ou FAM : Notification de prise en charge de l'accueil au titre de l'Aide Sociale
- ☐ Attestation du décompte des jours d'accueil déjà utilisés (voir modèle)
- ☐ Attestation de Responsabilité Civile **en cours de validité**.
- ☐ Copie de la carte d'identité en cours de validité.
- ☐ Copie du jugement de mesure de protection
- ☐ Copie de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité (ou CMU)
- ☐ Copie de la carte d'adhésion mutuelle pour l'année en cours (ou copie de la CMUC).
- ☐ **Bilan Social, Psychologique, Educatif et de façon générale tout élément qui nous permettra de mieux appréhender la situation**

NB : un règlement de x € (x jours x 20 € Forfait journalier ou 8€ pour l'accueil de jour) vous sera demandé lorsque l'admission sera actée. Ce montant correspond à votre « reste à charge », il sera encaissé à la fin du séjour, vous recevrez une facture acquittée à votre domicile.

MODELE D'ATTESTATION

(Décompte des jours d'accueil utilisés)

MODELE D'ATTESTATION

(Décompte des jours d'accueil utilisés)

Je soussigné, M. Mme _____ déclare avoir utilisé _____ jours d'accueil temporaire en établissement
médico-social, depuis le _____, date du début de validité de ma notification émanant de la Maison
Départementale des Personnes Handicapées.

J'atteste donc respecter les modalités et le cadre de l'accord établi par la Commission de la MDPH.

Le :

Signature

Complexe APF France Handicap
« Le Petit Plan »
99 allée Jean ZAY
83300 DRAGUIGNAN
☎ 04.94.39.43.50

Admission en établissement (adulte)

Résumé Du Dossier Médical

IMPORTANT

Ce dossier est établi pour informer les intervenants médicaux de l'établissement auprès du patient/résident

- ☞ Il doit être rempli par un médecin
- ☞ Il est à nous transmettre sous pli cacheté.
- ☞ Joindre les prescriptions en cours (traitements, rééducation, aides techniques ou matériels, etc.)

NB : en cas de simple mise à jour de ce dossier, entourez ou surligner les éléments modifiés et renouveler la date et la signature en fin de document.

DOSSIER COMPLET A RETOURNER IMPERATIVEMENT PAR COURRIER

Nom :
Prénom :
Adresse :

Tel :
Mail :
Né(e) le : à :
Poids (kg) : Taille (cm) :
N° SS :
N° MDPH :

❖ **Protection juridique :** Préciser (tutelle ? curatelle ?) le Nom, adresse, téléphone et adresse mail du curateur/tuteur :

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

❖ **Personne de confiance** (si désignée) :

❖ **Directives anticipées :** ☐ Non ou Nsp ☐ oui, détenues par :

NATURE ET ORIGINE DU HANDICAP - ÉTAT DE SANTÉ

❖ **ORIGINE MEDICALE DU HANDICAP MOTIVANT L'ADMISSION** (handicap « principal », ex : Paralyse cérébrale, SEP, myopathie...)

- **Diagnostic médical :**
- **Date de survenue et HDLM :**

❖ **ATTEINTES MOTRICES EN RESULTANT** (paralysies, mouvements involontaires, amputation, spasticité, rétractions, faiblesse musculaire...) :

▪ **Atteinte des membres et du tronc :**

- ☐ Aucune Atteinte ☐ 4 membres (ex : tétraplégie) ☐ Du même côté (ex : hémiplégie)
☐ 2 membre inférieurs (ex : paraplégie, diplégie...) ☐ 1 seul membre (ex : monoplégie) ☐ Autres atteintes (ex : 2 MS, triplégie)
☐ Atteinte motrice de la tête et du tronc Préciser :

▪ **Autres atteintes motrices :**

- ☐ Dysarthrie, préciser mode communication (oral, code, ordinateur) :
☐ Troubles de la déglutition : ☐ Avec aliments solides ☐ Avec liquides
▪ **Mode d'alimentation :** ☐ Normal ☐ Eau gélifiée ☐ Aliments mixés/hâchés/lissés ☐ Nutrition entérale (gastrostomie)
▪ **Si gastrostomie,** joindre le protocole complet (type de pompe, quantités, hydratation, passage des médicaments)

☐ Autre, préciser (ex : fatigabilité) :

❖ **AUTRES PATHOLOGIES CHRONIQUES EN COURS DE TRAITEMENT** (ex : diabète, dépression, hyperthyroïdie, insuffisance rénale ...) :

❖ **HABITUS, FACTEURS DE RISQUE** (HTA, dyslipidémie, tabac, addictions...) **et ATCD FAMILIAUX**

❖ **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** (dont psychiatriques, transfusions sanguines) – Joindre les principaux CR d'hospitalisation

❖ **ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX** (liés ou non au handicap principal) :

☐ Arthrodèse du rachis ☐ Valve de dérivation du LCR ☐ Dispositif médical implanté (ex : pompe à baclofène), préciser :

Autres : ❖ **HOSPITALISATIONS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES RECENTES** (moins d'un an) **OU PREVUES** (dans l'année) :

❖ **VACCINATIONS** (Date DT(C)P, grippe, pneumocoque, autre) :

❖ **ALLERGIES** (médicaments, aliments, anesthésie) :

❖ **REGIME MEDICAL et contre-indications alimentaires** :

DÉFICIENCES ASSOCIÉES (aux déficiences motrices) et prise en charge (para)médicale

❖ **SENSORIELLES** :

☐ Auditives, préciser :

Appareillage :

☐ Visuelles, préciser :

Correction :

❖ **CARDIAQUES ou cardio-vasculaires** (insuffisance cardiaque, coronarienne, ATCD phlébite – EP, précautions, traitement en cours...) :

☐ Non ☐ Oui, préciser :

❖ **RESPIRATOIRES** :

☐ Non ☐ oui, préciser la nature de l'atteinte :

☐ Précautions (sensibilité aux infections, altitude, effort) :

☐ **Oxygénothérapie**, préciser le mode d'administration (lunettes...) :

Débit (l/mn) : Durée (h/24) : Source (extracteur, obus...)

☐ **Ventilation assistée** (respirateur) ; préciser :

Motif : ☐ Syndrome Apnée du Sommeil (SAS) ☐ IR restrictive liée au handicap ☐ Autre :

Type : ☐ Rééducation (séances Bird, Alpha 200 relaxateur de pression) ☐ Assistance (substitution)

Durée : ☐ Permanente ☐ Nocturne, durée (h/j) :

Matériel (respirateur, circuit, etc.) et réglages :

▪ **Assistance technique**, coordonnées :

☐ **Trachéotomie** ; préciser la fréquence des aspirations et le type de canule :

❖ **VESICO-SPHINTERIENNES URINAIRES** :

☐ Aucun trouble ☐ oui, préciser la nature de l'atteinte :

☐ Traitement médical en cours (anticholinergiques, toxine botulique) :

▪ **Mode de miction** : ☐ Normal (sur WC ou chaise garde-robe) ☐ Urinal ou bassin

☐ Protections

☐ Appui ou percussion abdominale ☐ Stimulation tibiale postérieure

☐ Etui pénien + poche

☐ Stimulateur vésical (Brindley)

☐ Sonde à demeure

☐ Lavages vésicaux, fréquence :

☐ Hétérosondages, N/jours : - horaires

☐ Autosondages, N/jours : - horaires

▪ Hétéro/autosondages, références des sondes :

☐ Cathé sus pubien

☐ Stomie urinaire, type (Bricker, autre, continente ?), appareillage et soins :

❖ **TRANSIT DIGESTIF ET INTESTINAL** :

☐ Aucun trouble ☐ oui, nature de l'atteinte :

☐ Laxatifs per os :

☐ Produits locaux (suppos, microlax®)

☐ Lavements (ex : Normacol®), N/Sem :

▪ **Mode d'élimination :**

☐ Normal (sur WC ou chaise garde-robe) ☐ Bassin

☐ Protections

☐ Stimulation marge anale

☐ Extraction manuelle des selles (exonération digito-rectale) : ☐ Seul ☐ Par une infirmière

☐ Péristeen® : ☐ Seul ☐ Aide d'un tiers

☐ Colostomie, préciser type, appareillage et soins :

❖ **CUTANÉES ET TROPHIQUES :**

☐ Aucun trouble ni antécédent ☐ Prévention, mode (effleurage, positionnement...) :

☐ Escarre(s) ou ulcère(s) actuel(le)(s), préciser stade, localisation et soins (fréquence, références matériels) :

☐ Autres troubles trophiques et prise en charge (ex : bas de contention) :

❖ **COMITALITE :**

☐ Aucun trouble ni antécédent ☐ Stabilisée ; date et type de la dernière crise :

☐ Non stabilisée ; fréquence et type des crises :

▪ Traitement en cours :

▪ **Conduite à tenir et protocole médical en cas de crise** (si diazepam intra rectal ou midazolam intra buccal, joindre prescription) :

❖ **TROUBLES COGNITIFS ET DU COMPORTEMENT :**

▪ **Déficience intellectuelle** (retard mental ou détérioration – Repères OMS) :

☐ Légère (aptitude pratiques, acquisition de la lecture, notion d'arithmétique)

☐ Moyenne (notions simples de communication, d'hygiène et de sécurité élémentaire - habileté manuelle simple. Pas d'acquisition de la lecture ou d'arithmétique)

☐ Sévère/Profonde (Apprentissage de certains gestes simples concernant les membres supérieurs, inférieurs et la mastication)

▪ **Troubles perturbateurs du comportement – vie relationnelle** (agressivité, désinhibition, fugues, réactions inappropriées,...)

☐ Oui ☐ Non ; Si oui préciser :

Mode d'expression particulier :

Conduite à tenir :

▪ **Autres atteintes cognitives :**

☐ Aphasie et troubles du langage (hors élocution) :

☐ Troubles du jugement, raisonnement

☐ Troubles de la mémoire

☐ Désorientation temporo-spatiale

☐ Troubles attentionnels

☐ Autre, préciser :

▪ **Troubles de l'humeur et/ou de la personnalité** (états anxio-dépressifs, troubles bipolaires, psychoses...)

☐ Oui ☐ Non ; Si oui préciser :

Mode d'expression particulier :

Conduite à tenir :

❖ **DOULEURS :**

☐ Oui ☐ Non ; Si oui préciser :

Mode d'expression particulier :

Conduite à tenir :

TRAITEMENTS HABITUELS ET SUIVI MEDICAL

❖ **MEDICAMENTS** (joindre obligatoirement copie de la prescription en cours et des protocoles spécifiques (ex : épilepsie, diabète) :

▪ **Classes thérapeutiques :**

Dénomination commune internationale ou nom de marque	Matin	Midi	16h	Soir	Coucher
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

9.					
10.					

- *Gestion du traitement par le patient/résident* : ☐ Seul ☐ Aide (ex : préparation pilulier) ☐ Doit être donné par un tiers
- *Modes d'administration particuliers* : ☐ Injectables et autres voies invasives ☐ Gastrostomie ☐ autre :

❖ **SOINS INFIRMIERS :**

- ☐ Traitements injectables (insuline, héparine, autre) ; nature et fréquence :
- ☐ Autre administration particulière de traitement (aérosol, entérale...) ; préciser :
- ☐ Pansements / soins cutanés (escarres, stomies...) :
- ☐ Aspirations endotrachéales :
- ☐ Autres, préciser :

❖ REEDUCATIONS (joindre obligatoirement copie de la prescription en cours) :

- ☐ Kiné motrice, nature et fréquence :
- ☐ Kiné respiratoire ; si oui : ☐ Manuelle ☐ Appareil d'aide à la toux (Cough Assist) ☐ Relaxateur de pression (Bird)
- Préciser :
- ☐ Orthophonie, nature et fréquence :
- ☐ Autre, préciser :

❖ **INSTALLATION, APPAREILLAGES ET AIDES TECHNIQUES** (joindre le cas échéant les prescriptions) :

- Mobilité, int. : ☐ Canne(s) /déambulateur ☐ Fauteuil roulant manuel ☐ FR électrique
- Mobilité, ext. : ☐ Canne(s) /déambulateur ☐ Fauteuil roulant manuel ☐ FR électrique
- Installation : ☐ Lit médicalisé ☐ Siège moulé/ Corset-siège, préciser :
☐ Matelas/coussin anti-escarre, préciser :
☐ Contention prescrite (barrières, sangles, autre...), préciser :
- Orthèses (attelles, corset...), préciser :
- Prothèses, préciser :

❖ **CORRESPONDANTS MEDICAUX :**

Médecin	Nom	Adresse	Courriel ou fax	Téléphone
Traitant				
MPR/Neurologue				
Psychiatre				
Autre spécialiste				

❖ **AUTRES éléments concernant la santé du patient / résident à prendre en compte :**

NOM :	
PRENOM :	
SERVICE :	
EVALUATEUR :	
DATE :	

Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) :

- **Indépendance 7** : Indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger)
- **Indépendance 6** : Indépendance modifiée (appareil, adaptation)
- **Dépendance modifiée 5** : surveillance
- **Dépendance modifiée 4** : aide minimale (autonomie 75%)
- **Dépendance modifiée 3** : aide moyenne (autonomie 50%)
- **Dépendance complète 2** : aide maximale (autonomie 25%)
- **Dépendance complète 1** : aide totale (autonomie 0%)

	EVALUATION
SOINS PERSONNELS	
A- Alimentation	
B- Soins de l'apparence	
C- Toilette	
D- Habillage partie supérieure	
E- Habillage partie inférieure	
F- Utilisation des toilettes	
G- Contrôle vessie	
H- Contrôle intestins	
MOBILITE, TRANSFERTS	
I- Lit, chaise, fauteuil roulant	
J- WC	
K- Baignoire, chaise douche	
LOCOMOTION	
L- Marche	
M- Fauteuil roulant	
N- escaliers	
COMMUNICATION	
O- Compréhension auditive	
P- Compréhension visuelle	
Q- Expression verbale	
R- Expression non verbale	
CONSCIENCE DU MONDE EXTERIEUR	
S- Interactions sociales	
T- Résolution des problèmes	
U- Mémoire	

Remarque : si un élément n'est pas vérifiable, cocher niveau 1

Fait à le

Signature et cachet du praticien

- Merci d'insérer ce dossier sous enveloppe cachetée et d'y joindre copie des ordonnances actuelles -