

DOSSIER DE CANDIDATURE

- Foyer de Vie - Internat Foyer de Vie - Externat Foyer de Vie - Stage
 Foyer d'Accueil Médicalisé Foyer d'Accueil Médicalisé - Accueil Temporaire

NOM : **Prénom :**

Date de Naissance : **Age :**

Pièces Administratives

- Notification MDPH
 Notification A.A.H
 Numéro d'allocataire CAF
 Carte d'invalidité
 Jugement de tutelle
 Carte Nationale d'Identité ou Titre de séjour en cours de validité
 Carte mutuelle + Attestation Sécurité Sociale + Carte Vitale
 Dernier rapport éducatif ou projet personnalisé adressé par l'Établissement de provenance

Pièces Médicales

(Fournies par le médecin et à remettre sous pli confidentiel)

- Copie du carnet de santé
 Ordonnances de traitements en cours
 Précisions si allergies ou régimes alimentaires
 Rapport médical fourni par le médecin traitant (*pathologie, antécédents médicaux et chirurgicaux*)
 Rapport médical fourni par le médecin psychiatre (*diagnostic principal, pathologie(s) associée(s)*)
 Rapport médical fourni par le(s) médecin(s) spécialiste(s) (*diagnostic principal et antécédents*)

En l'absence de l'une des pièces demandées, le dossier ne pourra pas être instruit.

Cadre réservé à l'administration

Date de réception du dossier :/...../..... Date d'étude du dossier :/...../.....

FOYER DE VIE / FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- **Le candidat**

Nom Prénom

Date de Naissance Lieu de naissance

Nationalité

Adresse

.....

Tél Mail

N° de Sécurité Sociale Caisse

Mutuelle N° d'adhérent

N° d'allocataire CAF Département

N° de dossier MDPH Décision d'orientation

Date de validité du au

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Curatelle Curatelle Renforcée Tutelle Sauvegarde de Justice

Nom et Adresse du mandataire ou de l'organisme :

.....

.....

Tél Mail

- **Personne chargée du dossier**

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

.....

Tél Mail

COORDONNEES DES PROCHES AIDANTS

1.

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

.....

Tél Mail

2.

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

.....

Tél Mail

3.

Nom et Prénom

Qualité

Adresse

.....

Tél Mail

PARCOURS DU CANDIDAT

- Historique

.....

.....

.....

.....

- Contexte familial

.....

.....

.....

.....

- Scolarité

.....

.....

.....

.....

- Situation actuelle / Observations éventuelles

.....

.....

.....

.....

AUTONOMIE

RESPIRER

- 1 - Pas de Gêne
- 2 - Troubles Temporaires / Dyspnée
- 3 - Aide Technique ou Médicamenteuse
- 4 - Ventilation Assistée / Contrôlée

BOIRE ET MANGER

- 1 - Mange seul(e)
- 2 - Aide Technique
- 3 - Aide d'un Tiers
- 4 - Risque de fausses routes

ÉLIMINER

- 1 - Continence
- 2 - Aide Technique ou Médicamenteuse
- 3 - Aide d'un Tiers
- 4 - Aide Technique ou Médicamenteuse + Tiers

DORMIR / SE REPOSER

- 1 - Sommeil normal
- 2 - Aide Médicamenteuse
- 3 - Réveils fréquents ou Somnolence
- 4 - Insomnie / Hypersomnie

SE MOUVOIR

- 1 - Se déplace seul(e)
- 2 - Aide Matérielle ou Physique
- 3 - Aide Matérielle et Physique
- 4 - Alité(e) ou lever interdit

ASSURER SON HYGIÈNE CORPORELLE

- 1 - Autonome
- 2 - Aide Technique
- 3 - Aide Humaine Partielle
- 4 - Aide Humaine Totale

MAINTENIR LA TEMPÉRATURE CORPORELLE

- 1 - Vêtements adaptés à la température ambiante
- 2 - Demande à être protégé
- 3 - Incapable d'adaptation
- 4 - Garde en permanence les mêmes vêtements

SE VÊTIR / SE DÉVÊTIR

- 1 - Autonome
- 2 - Aide Technique
- 3 - Aide Humaine Partielle
- 4 - Aide Humaine Totale

COMMUNIQUER

- 1 - Communique aisément
- 2 - Quelques difficultés
- 3 - Aide technique nécessaire
- 4 - Ne peut / veut s'exprimer

EXPRIMER UNE DOULEUR / UN MAL-ÊTRE

- 1 - Alerte spontanément et à bon escient
- 2 - N'exprime que sur sollicitations
- 3 - Passivité / indifférence

VIVRE EN COLLECTIVITÉ

- 1 - Comportement adapté
- 2 - Troubles mineurs du comportement
- 3 - Risque d'isolement / de rejet
- 4 - Comportement inadapté

S'OCCUPER / SE RÉALISER

- 1 - Engagement social
- 2 - Participation sur sollicitation
- 3 - Angoisse, opposition, laisser-aller
- 4 - Repli sur soi

SE RECRÉER / SE DIVERTIR

- 1 - Fait preuve de créativité dans ses loisirs
- 2 - Participation passive à des activités de loisirs
- 3 - Ne peut pas accomplir d'activités récréatives
- 4 - Ne veut pas accomplir d'activités récréatives

APPRENDRE

- 1 - Recherche des informations
- 2 - Besoin de stimulation
- 3 - Apathie
- 4 - Refus, résignation

ÉVITER LES DANGERS

- 1 - Connaissance des risques + comportement préventif
- 2 - Connaissance des risques sans comportement préventif
- 3 - N'a pas connaissance des risques liés à sa santé
- 4 - Dangereux pour lui-même et les autres

Le cas échéant, nature des aides techniques nécessaires :

- **Précisions complémentaires**

.....

.....

.....

.....

.....

SANTE

- **Nature du / des Handicaps**

.....

.....

.....

- **Autre renseignements médicaux à connaître dans le cadre de votre accompagnement au quotidien**

.....

.....

.....

- **Alimentation**

Texture adaptée Normal Haché Mixé
Régime Hypocalorique Diabétique Sans flatulences

Allergies / intolérances (préciser) :

- **Coordonnées du médecin traitant**

Nom du médecin traitant

Adresse

.....

Tél

- **Suivi psychiatrique** Oui Non

Si oui, dans quel cadre le suivi est-il assuré ? CMP Cabinet privé Hôpital

Nom du médecin psychiatre

Adresse

.....

Tél

SANTE (SUITE)

- **Coordonnées des autres spécialistes**

1.

Nom du médecin Spécialité

Adresse

.....

Tél

2.

Nom du médecin Spécialité

Adresse

.....

Tél. :

- **Suivez-vous un traitement médical ?**

Oui

Non

Si oui, fournir impérativement l'ordonnance sous pli confidentiel

- **Savez-vous gérer seul les prises de médicaments ?**

Oui

Non

- **Précisions complémentaires**

.....

.....

.....

.....

.....