

Accueil de long séjour pour personnes en situation de handicap

Dossier de candidature (Ce dossier est confidentiel)

Vous pouvez le renvoyer

- En utilisant le bouton "Envoyer" en fin de formulaire
- En le joignant à un courriel adressé à m-r.robert@hotmail.com
- Par courrier à M-R. ROBERT 13 rue Villa Romaine B-6660 Houffalize

Coordonnées du candidat

Prénom

NOM

Sexe

M

F

Nationalité

Né(e) le

à

Adresse

CP

Ville

Département

Personne de contact

Prénom

NOM

Téléphone

Télocopie

Portable

Courriel

La personne de contact est

Un professionnel

Un parent

Autre

Fonction ou lien de parenté

Brève anamnèse

Informations administratives

N° Carte d'identité

N° Sécurité sociale

Prise en charge ALD
valable jusqu'au

Nom de la CPAM

Adresse

CP

Ville

Département

Nom et prénom de
l'assuré

Numéro d'adhérent

Mutuelle
complémentaire

Valable jusqu'au

Numéro d'adhérent

Notification MDPH

FO

FAM

MAS

Date d'échéance
de l'orientation
MDPH

Notification de l'aide
sociale valable
jusqu'au

Titulaire d'une carte d'invalidité

Pourcentage

Mentions

La personne est

Sous curatelle

Sous tutelle

Une demande est en cours

Ni l'une, ni l'autre

Coordonnées du tuteur

Organisme

Prénom

NOM

Adresse

CP

Ville

Département

Téléphone

Portable

Courriel

Copie des documents à joindre

Documents administratifs	Carte d'identité
	Orientation MDPH
	Jugement de tutelle
	Carte vitale
	Attestation carte vitale
	Carte de mutuelle européenne
	AAH
	Carte d'invalidité
	Attribution de l'AAH + preuve bancaire de paiement
	Accord du département pour la prise en charge des frais de séjour
Documents médicaux	Bilan de santé actualisé
	Traitement détaillé
	Certificat de non-contagion
	Anamnèse médicale
	Certificat d'orientation MDPH
	Autre(s)
Documents éducatifs	Bilan actuel
	Projet individualisé
	Bilan de séjour
	Anciens bilans
	Autre(s)
Autres documents joints	Quatre photos d'identité
	Autre(s)

Situation de vie de la personne

La personne
séjourne
actuellement

- En famille, chez elle
- Chez un parent, un membre de la famille
- Chez un tiers
- A l'hôpital
- Dans un établissement

Merci de préciser
les motifs d'une
demande
d'admission dans
un établissement
de long séjour ou
d'une demande de
réorientation

Les cas échéant, coordonnées de l'établissement ou de l'hôpital où séjourne actuellement la personne

Dénomination

Adresse

CP

Ville

Département

Personne de
contact

Téléphone

Portable

Courriel

La personne est accueillie dans cet établissement depuis

Merci de joindre une copie des documents éducatifs ou médicaux récents

Cochez dans l'affirmative

Établissements/services ayant accueilli ou accompagné la personne

Dénomination

Du au Toujours actuel

Dénomination

Du au Toujours actuel

Dénomination

Du au Toujours actuel

Merci de joindre une copie des documents éducatifs ou médicaux précédents

Cochez dans l'affirmative

Habitudes de vie

Merci de dresser
un portrait succinct
de la personne
candidate et/ou de
sa situation

Merci de joindre une photo de la personne

Cochez dans l'affirmative

Description des
habitudes ou
éventuels rituels
de la personne

Description des
activités
auxquelles
s'adonne la
personne

Description du
sommeil de la
personne

Merci de joindre une copie du dernier projet individualisé

Cochez dans l'affirmative

Informations sur l'autonomie de la personne

Description des capacités de communication de la personne

Expression	Sons, cris, murmures	Quelques mots ou phrases
	Élocution simple mais variée	Confusion
	Usage d'un média (picto par ex.)	
Compréhension	Peu de compréhension	Compréhension simple
	Compréhension étendue	Confusion
	Usage d'un média (picto par ex.)	

Description de l'aide éventuelle pour la toilette

Toilette	Avec assistance	Avec supervision	Seul
Contenance	Incontinence diurne	Incontinence nocturne	Protections

Description de l'aide éventuelle pour les repas

Repas	Avec assistance	Avec supervision	Seul
Nourriture	Mixée	Prédécoupée	Risque de fausse route

La personne suit-elle un régime particulier ?

Description de ce régime

Vos éventuelles observations ou remarques

Informations médicales

Taille

Poids

Groupe sanguin

Énoncé du diagnostic

Origine du Trouble/
Déficience/
Handicap

Informations cliniques

Description d'une éventuelle déficience intellectuelle

Déficience	Sévère	Modérée	Légère
------------	--------	---------	--------

Description d'éventuels troubles cognitifs

Troubles	Sévères	Modérés	Légers
----------	---------	---------	--------

Description d'une éventuelle déficience physique

Déficience	Sévère	Modérée	Légère
------------	--------	---------	--------

Description d'éventuels autres troubles moteurs

Troubles	Sévères	Modérés	Légers
----------	---------	---------	--------

La personne a-t-elle besoin d'appareillages ou d'aides techniques ?

Description de ces aides techniques

Description d'une éventuelle déficience sensorielle

Déficience visuelle	Sévère	Modérée	Légère
---------------------	--------	---------	--------

Déficience auditive	Sévère	Modérée	Légère
---------------------	--------	---------	--------

Description d'éventuels troubles du comportement

Troubles	Sévères	Modérés	Légers
----------	---------	---------	--------

La personne est-elle sujette à des épisodes violents ou agressifs (envers elle-même ou autrui) ?

Si oui, fréquence de ces épisodes ?

Description des stratégies ou attitudes à adopter

Autres informations médicales

La personne est-elle épileptique ?	Oui	NON
------------------------------------	-----	-----

Cette épilepsie est-elle stabilisée ?	Oui	NON
---------------------------------------	-----	-----

La personne est-elle sujette à des crises d'épilepsie ?	Oui	NON
---	-----	-----

Si oui, fréquence de ces crises

Description des attitudes ou stratégies à adopter

La personne est-elle diabétique ?	Oui	NON
-----------------------------------	-----	-----

La personne est-elle allergique ?	Oui	NON
-----------------------------------	-----	-----

Si oui, quelles sont ces allergies ?

La personne est-elle sujette à une maladie cardio-vasculaire ?	Oui	NON
--	-----	-----

Si oui, à quelles restrictions est sujette la personne ?

La personne bénéficie-t-elle d'un moyen de contraception ? Oui NON

Si oui, de quel
moyen de
contraception ?

La personne est-elle porteuse d'un staphylocoque doré ? Oui NON

La personne est-elle porteuse d'une autre maladie contagieuse
nécessitant des précautions particulières ? Oui NON

Si oui, quelles
précautions ?

État de la dentition et/ou de la (des- prothèse(s) dentaire(s) de la personne

Dentition naturelle	En totalité	État de la dentition naturelle	Très satisfaisant
	En partie		Satisfaisant
	Absente		Peu satisfaisant
Prothèse dentaire	En totalité	État de la prothèse	Très satisfaisant
	En partie		Satisfaisant
	Aucune		Peu satisfaisant

Description
d'éventuels autres
problèmes
médicaux ou
psychologiques
dont souffre la
personne

Merci de préciser
si l'état de santé
de la personne
nécessite d'autres
précautions
particulières

Merci de joindre une copie d'un bilan médical actualisé

Cochez dans l'affirmative

Merci de joindre une copie d'un certificat de non-contagion

Cochez dans l'affirmative

Aperçu du traitement actuel

Merci de joindre une copie du traitement détaillé

Cochez dans l'affirmative

Médication

Indications

Administration	Per os	Gouttes	Injection	Si nécessaire
Matin		Midi	Soir	Coucher

Médication

Indications

Administration	Per os	Gouttes	Injection	Si nécessaire
Matin		Midi	Soir	Coucher

Médication

Indications

Administration	Per os	Gouttes	Injection	Si nécessaire
Matin		Midi	Soir	Coucher

Médication

Indications

Administration	Per os	Gouttes	Injection	Si nécessaire
Matin		Midi	Soir	Coucher

Médication

Indications

Administration	Per os	Gouttes	Injection	Si nécessaire
Matin		Midi	Soir	Coucher

Médication

Indications

Administration	Per os	Gouttes	Injection	Si nécessaire
Matin		Midi	Soir	Coucher

Médication

Indications

Administration	Per os	Gouttes	Injection	Si nécessaire
Matin		Midi	Soir	Coucher

La médication doit-elle être administrée de façon particulière ?

Si oui, de quelle manière ?

La personne prend-elle sa médication de façon autonome ?

Si non, précisions ?

Vaccination	Polio	Diphtérie	Tétanos	Rougeole
	Rubéole	Oreillons	Coqueluche	Hépatite A
	Hépatite B	Autre		

Suivi spécialisé

Cardiologie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Cardiologie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Neurologie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Gastro-Entérologie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Gynécologie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Urologie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Dermatologie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
O.R.L	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Ophtalmologie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Dentisterie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Physiothérapie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Psychiatrie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Psychologie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Orthophonie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Kinésithérapie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Ergothérapie	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre
Autre	Service ou spécialiste actuel	A poursuivre

Préparer l'accueil de la personne

Quelles informations ont été communiquées à la personne ou devraient l'être à propos de son éventuelle orientation vers une nouvelle structure d'hébergement ?

Quelles informations ont été communiquées à la famille ou devraient l'être à propos de l'éventuelle orientation de leur enfant vers une nouvelle structure d'hébergement ?

Quelles informations ont été communiquées à l'équipe accueillante ou devraient l'être pour préparer au mieux l'éventuelle orientation de la personne vers la nouvelle structure d'hébergement ?

De manière plus précise, à quoi faut-il être attentif pour faciliter l'accueil de la personne, rassurer sa famille, préparer au mieux l'équipe accueillante ?

Autres informations pratiques

La personne a-t-elle déjà bénéficié de séjours de vacances ou dans un contexte non habituel ?

Si oui, comment
cela s'est-il
déroulé ?

Merci de joindre un éventuel rapport de ce(s) séjour(s)

La personne peut-elle séjourner

Dans une chambre individuelle ?

Dans une chambre avec une autre personne ?

Si elle peut
partager sa
chambre, à quoi
faut-il être attentif
dans le choix de
son /sa compagne
de chambre ?

La personne apporte-t-elle des effets personnels ?

Si oui, lesquels?

La personne a-t-elle des habitudes, des rituels à préserver ?

Si oui, lesquels?

La personne a-t-elle des aliments électifs ?

Si oui, lesquels?

La personne a-t-elle des préférences pour sa toilette quotidienne ?

Si oui, lesquels?

La personne a-t-elle des activités à préserver ou privilégier ?

Si oui, lesquels?

La personne retournera-t-elle régulièrement en famille ?

Si oui, quelle est la périodicité souhaitée ?

La personne retournera-t-elle régulièrement en famille ?

Si oui, quelle est la périodicité souhaitée ?

De qui ?

Est-il d'autres
éléments auxquels
être attentifs pour
faciliter l'accueil et
l'adaptation de la
personne