

DEMANDE D'ADMISSION



Ce dossier d'admission est composé de 3 volets :

- Dossier administratif
- Dossier médical à faire remplir par le médecin traitant (joindre la dernière ordonnance en cours)
- Dossier éducatif à remplir par la famille avec l'équipe éducative

Ce dossier est à retourner avec les pièces justificatives suivantes :

- Orientation CDAPH
- Photocopie de la carte d'identité
- carte d'invalidité
- photocopie ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne.
- copie de l'attestation de sécurité sociale

Les cigales de Mirabel

Mirabel

30 170 POMPIGNAN

Tel 04 66 77 97 00

accueil@lescigalesmirabel.fr

DOSSIER ADMINISTRATIF

Etablissement demandé : Foyer Occupationnel FAM
 EHPAD Unité PHV

Type d'hébergement demandé pour le FAM uniquement :

Hébergement Permanent Hébergement Temporaire

1- Etat civil

Civilité (cocher la case correspondante) Madame Monsieur

Nom de naissance :

.....

Nom d'usage (si différent):

.....

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ___/___/_____

Lieu de naissance : Commune :

Pays :

2- Situation familiale

Situation de famille : (cocher la case correspondante)

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

NOM du conjoint : Prénom :

Téléphone :

Nombre enfant(s) : Dont nombre d'enfant(s) à charge :

3- Renseignements administratifs et décision de la CDAPH

N° de sécurité sociale :

Coordonnées Assurance responsabilité civile :

.....

N° de dossier MDPH :

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**) :

.....
.....

Date d'effet de la décision :/...../.....

Date de fin de la décision :/...../.....

4 Lieu de résidence

- Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

Domicile personnel

Adresse :

Téléphone : Mail :

Hébergé(e) au domicile familial : Mère Père Les deux Autre

Adresse :

Téléphone : Mail :

Structure médico-sociale :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Depuis le :

Coordonnées Direction :

Structure sanitaire :

Adresse :

Téléphone : Mail :

.....

Depuis le :

Coordonnées Direction :

Autre, préciser (ex : famille d'accueil...)

.....

.....

.....

5- Mesures de protection

Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans) :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? : Oui Non

(Cocher la case correspondante) En cours d'évaluation Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une : Sauvegarde de justice Curatelle simple

(Cocher la case correspondante) Curatelle renforcée Tutelle

Commentaires :

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

6- Personne(s) à contacter pour la demande d'admission :

Contact N°1 : Liens (parents, tuteurs...) :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Département :

N° téléphone :/...../...../...../...../ E-mail :

Contact N°2 : Liens (parents, tuteurs...) :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Département :

N° téléphone :/...../...../...../...../ E-mail :

DOSSIER MEDICAL

A faire remplir par le médecin traitant

Joindre la dernière ordonnance en cours

NOM :

Prénom :

Coordonnées du médecin ayant rempli le dossier :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Code postal : Commune :

N° téléphone :/...../...../...../...../ E-mail :

AFFECTION PRINCIPALE motivant la requête : *nature et origine du handicap* :

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

ANTECEDENTS – AUTRES AFFECTATIONS

-Antécédents chirurgicaux :

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

-Autres affections : (Cardiovasculaire, pulmonaire, Digestif, endocrinien, Dermatologique, sensorielles etc...)

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

ALLERGIES – INTOLERANCES

.....

FACTEURS de RISQUE (biologiques, tabac, etc.)

.....

Troubles du comportement :

.....

Régime alimentaire : Alimentation mixée Normale Hachée Mixée lisse

Régime particulier.....

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	OUI	NON	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

Appareillages :

Canne Déambulateur Fauteuil roulant Fauteuil roulant électrique

Lit médicalisé Orthèse ou prothèse Appareil auditif Oxygénation, VNI

Semelles orthopédiques Lunettes / lentilles

Autres (préciser) :.....

Vaccination :

Vaccin	Date réalisation	Vaccin	Date réalisation
DTP		méningocoque	
Coqueluche		Grippe	
Hépatite B		Covid 19	
ROR			
Pneumocoques			

Suivi médical :

• **Médecins spécialistes participant au suivi médical :**

Nom : Prénom :

Spécialité :

Téléphone : Mail :

Nom : Prénom :

Spécialité :

Téléphone : Mail :

• **Paramédicaux**

Nom : Prénom :

Spécialité :

Téléphone : Mail :

Nom : Prénom :

Spécialité :

Téléphone : Mail :

Informations complémentaires au dossier médical :

.....

Date :

Signature du médecin :

DOSSIER EDUCATIF

NOM :

Prénom :

Si un projet personnalisé d'autonomie est déjà existant, merci de le transmettre en complément à ce dossier.

1- Parcours personnel

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre :

- Scolarité :

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

- Vie professionnelle

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

- Hospitalisation ou accueil(s) en structure(s) antérieur(s)

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

- Autres / commentaires :

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

- Projet de vie et attentes :

Pouvez-vous décrire votre projet de vie ou celui de votre proche ? (Centres d'intérêts, priorités, difficultés)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pouvez-vous décrire vos attentes ou celles de votre proche dans l'établissement que vous sollicitez ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2- Vie Quotidienne

Soins personnel	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

- Remarques particulières sur l'autonomie (propreté jour, nuit, manifeste le besoin, initiatives ou sollicitations) :

La personne porte t'elle des protections de jour oui non

de nuit oui non

La personne manifeste t'elle le besoin ? oui non

Remarques particulières :

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

• **Comportement par rapport aux soins personnel :**

La personne est-elle attentive à son esthétique? : oui non

Le soin dentaire est-il possible? oui non

La personne porte t'elle un appareil dentaire ? oui non

Participe-t-elle au choix de ses vêtements ? oui non

Reconnaît-elle ses vêtements ? oui non

• **Comportement par rapport aux repas :**

•

Utilisation des couverts: oui non

La personne utilise-t-elle des couverts adaptés? oui non

Troubles du comportement alimentaire:

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

La personne fait-elle des fausses routes ? oui non

Les goûts alimentaires :

A-t-elle des mets détestés ?

.....
.....

A-t-elle des mets préférés ?

.....
.....

Que prend-elle au petit-déjeuner ?

.....
.....

Remarques particulières :

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

• **Gestion des temps de repos :**

Y a-t-il une façon particulière de la réveiller ?

La personne a-t-elle l'habitude de faire la sieste ? oui non

A quelle heure la personne se couche-t-elle ?

A-t-elle besoin d'une barrière à son lit ? oui non

A-t-elle l'habitude de se réveiller pour aller aux WC ? oui non

Comment se passent les nuits ?

.....

.....

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

Si la personne a une aide technique pour marcher :

Peut-elle se déplacer seule en fauteuil ? oui non

Peut-elle se tenir sur une chaise ? oui non

Remarques particulières :

.....

.....

Communication, Orientation	Pas de difficultés	Difficultés moyenne	Ne fait pas
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

• **Précisions sur la communication**

La personne comprend elle parfaitement ce qu'on lui dit ? oui non

- Elle ne comprend que les ordres simples oui non
- La personne parle normalement oui non
- Language moyennement élaboré oui non
- La personne sait se faire comprendre oui non
- Si oui comment ?
- La personne utilise-t-elle un moyen de communication non verbal oui non
- Si oui, lequel ?

3- Les activités :

Loisirs :

- La personne a-t-elle des loisirs ? oui non
- la lecture les jeux de société peinture/coloriage
- la musique la télévision le sport
- Cinéma théâtre Danse
- jeux vidéos jardinage Cuisine
- marche, randonnée

Si autres loisirs, lesquels ?

- La personne a-t-elle une activité favorite? oui non

Si oui laquelle ?

Le sport :

- La personne a-t-elle une contre-indication pour le sport ? oui
- non
- La personne aime-t-elle le sport ? oui
- non

Si oui lesquels ?

• **Vie quotidienne :**

La personne participe-t-elle à des activités de vie quotidienne ? oui non

Si oui lesquelles ?

.....

.....

Remarques particulières :

.....

.....

4- Relation avec la famille :

Composition de la famille :

Père

Nom Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

.....

.....

.

Téléphone :

.....

Mail :

Mère :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Mail :

Fratrie :

Nom Prénom	Date de naissance	Situation familiale - professionnelle	Coordonnées

La famille prendra-t-elle le résident(e) le week-end oui non

Si oui à quel rythme ? 1 week-end par quinzaine
 1 fois par mois

Autres propositions

.....

.....

La personne sera-t-elle absente de l'établissement pendant les périodes de congés ?

oui

non

Vacances scolaires

Vacances été

Vacances Noël

Si oui, quelle durée ?

.....

Autres propositions :

.....

Remarques particulières :

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....