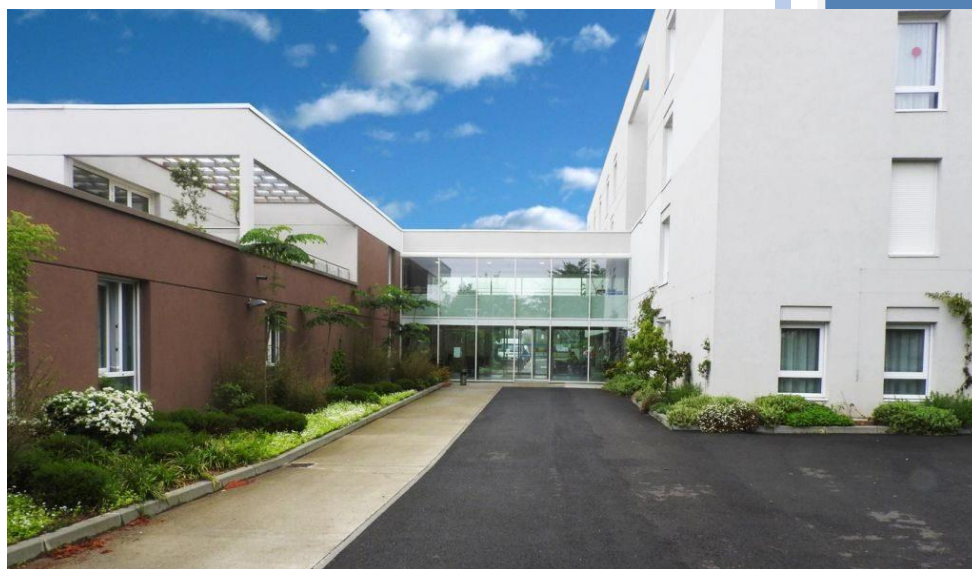


DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION

Résidence Jean-Marie Barbier
APF France handicap



RESIDENCE Jean-Marie BARBIER
106 rue Denis Cordonnier
76 620 LE HAVRE
Tél : 02.35.46.39.78
Email : foyer.lehavre@apf.asso.fr
www.apf-residence-barbier.fr/

Volet Administratif

ETAT CIVIL

Civilité : Madame Monsieur

Nom de naissance : Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance : Pays :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

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

LIEU DE RESIDENCE

A domicile En famille En famille d'accueil Chez des amis

A l'hôpital En Structure médico-sociale Autre (préciser)

Adresse du lieu de résidence :

Code postal : Commune : Département :

N° téléphone : E-mail :

Merci d'indiquer le DOMICILE DE SECOURS (dernière adresse privée d'une durée supérieure à 3 mois) :

.....
.....

COUVERTURE SOCIALE

N° Sécurité Sociale :

Adresse de caisse de sécurité sociale :

Nom et Adresse de mutuelle :

Carte d'invalidité : OUI NON

Volet Administratif

NOTIFICATION

N° de dossier MDPH :

Orientation de la CDAPH :

PCH aide humaine : OUI NON

Nombre d'heures :

Nom du prestataire :

MESURE DE PROTECTION

Type de mandat : Curatelle Curatelle renforcée Tutelle
 Autre :

Représentant légal (Nom, Adresse, Téléphone, Email) :

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

RESSOURCES

AAH Rentes (préciser le type de rente) :

Pensions (préciser le montant) :

Autres ressources :

Imposition : OUI NON

PERSONNE À CONTACTER

Nom – Prénom :

Liens (parents, tuteur, ...) :

Adresse :

Code postal :

Commune :

N° téléphone :

Email :

Volet Administratif

Date de la demande : / /

Nom de la personne qui a rempli le dossier (et fonction si ce n'est pas le demandeur) :

.....

Signatures :

de la personne concernée :

de son représentant légal :

LISTE DES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- ✓ Carte d'identité
- ✓ Photo
- ✓ Attestation de sécurité sociale
- ✓ Carte mutuelle
- ✓ Carte caisse d'allocation familiale + n° d'allocataire
- ✓ Notification d'orientation MDPH à jour
- ✓ Notification d'Allocation Adulte Handicapé ou Pension
- ✓ Notification d'Allocation Compensatrice
- ✓ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- ✓ Assurance fauteuil roulant électrique + responsabilité civile
- ✓ Si mesure de protection juridique, fournir le Jugement du tribunal
- ✓ Dossier médical + le carnet de santé + les ordonnances pour les traitements (médicaments..) et soins (kiné, ortho...) de moins d'un mois

Attention, un dossier reçu non complet ne pourra pas être étudié.

Volet Parcours Personnel

PARCOURS DE VIE

Scolarité : durée, dates, niveau, diplômes...

.....

.....

.....

.....

Emplois précédents : durée, dates, employeurs, postes occupés...

.....

.....

.....

.....

Accueils en structures et/ou services depuis un an :

.....

.....

.....

.....

PROJET DE VIE ET ATTENTE

Pouvez-vous décrire votre projet de vie (centre d'intérêts, priorités, difficultés...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Volet Parcours Personnel

Pouvez-vous décrire vos attentes dans l'établissement que vous sollicitez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Volet Autonomie

COMMUNICATION

Expression :

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verbale | <input type="checkbox"/> Synthèse vocale | <input type="checkbox"/> Ecrite |
| <input type="checkbox"/> Gestuelle | <input type="checkbox"/> Abécédaire | <input type="checkbox"/> Pictogramme |

Compréhension :

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orale | <input type="checkbox"/> Ecrite |
|--------------------------------|---------------------------------|

MOBILITE

Déplacement :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Marche | <input type="checkbox"/> Déambulateur |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique |
| <input type="checkbox"/> Faire ses transferts seul(e) | |

Orientation :

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| S'orienter dans le temps | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| S'orienter dans l'espace | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Utiliser les transports en commun | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Accompagné(e) |

LOISIRS

Quels sont vos loisirs et centres d'intérêts ? Avez-vous des activités extérieures ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Volet Autonomie

SOINS PERSONNELS – VIE DOMESTIQUE

Repas	Seul(e)	Guidance verbale	Aide partielle	Aide totale
Manger				
Se servir				
Couper				
Boire				
Hygiène corporelle	Seul(e)	Guidance verbale	Aide partielle	Aide totale
Toilette du visage				
Toilette du haut du corps				
Toilette intime				
Toilette du bas du corps				
Se brosser les dents				
Se raser				
Se coiffer				
Se maquiller				
Habillage/Déshabillage	Seul(e)	Guidance verbale	Aide partielle	Aide totale
Sous-vêtements				
Haut				
Bas				
Chaussettes				
Chaussures				

MATERIEL SPECIFIQUE

Pour le repas	OUI	NON
Couverts adaptés		
Verre		
Assiette adaptée		
Pailles		
Tapis antidérapant		
Autre (préciser) :		

Volet Autonomie

Pour le lit	OUI	NON
Matelas (mémoire de forme/air dynamique...)		
Potence		
Barres de lit		
Sonnette adaptée		
Autre (préciser) :		
Pour le fauteuil roulant	OUI	NON
Coquille		
Coussin à mémoire de forme		
Coussin à air		
Cale-tronc		
Autre (préciser) :		
Pour les soins d'hygiène	OUI	NON
Chaise garde-robe		
Fauteuil de douche		
Autre (préciser) :		
Pour l'incontinence	OUI	NON
Protection		
Pénilex		
Sonde urinaire		
Stomie		

COMMENTAIRES ET/OU PRECISIONS

.....

.....

.....

.....

.....

Volet Médical *(A transmettre sous pli confidentiel)*

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Sexe : H F

DOSSIER MEDICAL

Nom du Médecin traitant :

Adresse :

Code postal :

Commune :

N° téléphone :

HISTOIRE DE LA MALADIE

Début des troubles :

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

Chronologie des prises en charges (institutionnelles, psychiatriques, psychologiques) :

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

Volet Médical *(A transmettre sous pli confidentiel)*

Symptômes majeurs de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

INTERVENANTS MEDICAUX / PARA-MEDICAUX ACTUELS

Prise en charge	Oui	Non	fréquence		
			Journalière	hebdomadaire	mensuelle
Consultations médicales régulières					
Soins infirmiers					
Orthophoniste					
Kinésithérapeute					
Ergothérapeute					
Autre :					

Médecins spécialistes (noms / téléphone) :

.....

.....

Volet Médical *(A transmettre sous pli confidentiel)*

Infirmier(e) (noms / téléphone) :

.....

Kinésithérapeute (nom / téléphone) :

.....

Autres (nom / téléphone) :

.....

DEFICIENCES SENSORIELLES

Lunettes : OUI NON

Appareil dentaire : OUI NON

Surdité : Appareillée : OUI NON

REGIME ALIMENTAIRE

Hypocalorique Sans sel Sans sucre

Texture : Sans prescription Coupée fin Hachée Mixée Mixée Lisse

Boisson : Sans prescription Gazeuse Epaisse Gélifiée

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

EPILEPSIE : OUI NON

DIABETE : OUI NON

ALLERGIES : OUI NON

Si oui, préciser :

.....

.....

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX : OUI NON

Si oui, gestion du traitement seul (pilulier) : OUI NON