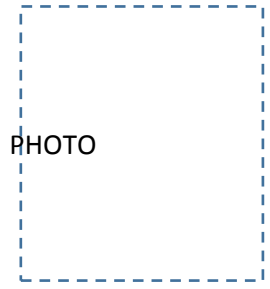




DOSSIER CONFIDENTIEL DE PRE-ADMISSION



1. Renseignements personnels

NOM : .....

PRENOM (S) : .....

Lieu et date de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse complète :  
.....  
.....

Téléphone : .....

Lieu de vie actuel:  
.....  
.....  
.....

Situation familiale :

Célibataire

Divorcé(e)

Marié(e)

Veuf/veuve

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ?  Oui  Non

Coordonnées complètes du représentant légal ?  
.....  
.....

## 2. BIOGRAPHIE DE LA PERSONNE

→ Antécédents familiaux et institutionnels :

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

→ Contacts réguliers avec la famille     Oui     Non

Si oui : Par téléphone : .....

Visite : .....

## 3. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A. Département : .....

B. Orientation MDPH

Foyer de vie

Foyer d'Accueil Médicalisé

Maison d'Accueil Spécialisée

Date de validité: .....

C. Numéro de Sécurité Sociale : .....

D. Carte d'identité ou passeport :

Valable jusqu'au .....



#### 4. INFORMATIONS MEDICALES

→ Médecin traitant :

.....  
.....

→ Médecins spécialistes :

| Nom | Adresse | Spécialité | Téléphone |
|-----|---------|------------|-----------|
|-----|---------|------------|-----------|

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |

→ Poids de forme :.....

→ Groupe sanguin :.....

→ Pathologie :

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

→ Les données personnelles :

- naissance et petite enfance

.....  
.....

- interventions chirurgicales

.....  
.....

- les allergies

.....  
.....

- troubles digestifs et régimes particuliers

.....  
.....

- les maladies cardiaques

.....  
.....

- les maladies infectieuses et contagieuses

.....  
.....

- les maladies sexuellement transmissibles

.....

- vaccinations

.....  
.....

- épilepsie

Crises :       Absences                       Petit mal                       Grand mal  
                  Avec incontinence                       De jour                       De nuit

Fréquence des crises ?.....

Facteurs des crises : .....

- Autres :.....

.....

Cadre réservé à l'équipe médicale de l'ASCENSION



• troubles alimentaires :

- Tendance boulimique
- Tendance anorexique
- Sujet aux fausses routes
- Potomanie
- Ingestion d'objets
- Aucun
- Autres : .....

• état dentaire :

Port d'un appareil dentaire ?  Oui  Non

• la vue :

Problème de vue :  Oui  Non

Port de lunettes :  Oui  Non

• audition :

Entend normalement  Oui  Non

Difficulté d'audition  Oui  Non

Surdité complète  Oui  Non

Appareillage  Oui  Non

• incontinence :

- Continence complète
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence urinaire diurne
- Incontinence urinaire nocturne
- Incontinence des deux sphincters

Remarques : .....

.....

.....



• la médication :

Matin

Midi

Soir

Coucher

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

Ce traitement a-t-il été modifié récemment ou est-il instauré depuis plus d'un an ?

Oui

Non

Remarques : .....

Traitement occasionnel (en cas d'agitation)

.....  
.....





• conduite addictive

Respect des règles institutionnelles

oui

Non

Tabac

Actuellement

Par le passé

Quantité :.....

Alcool

Actuellement

Par le passé

Stupéfiants

Actuellement

Par le passé

Psychotropes

Actuellement

Par le passé

Consommation anormale de médicaments

Actuellement

Par le passé

Pyromanie

Actuellement

Par le passé

Petite délinquance (vol,...), perversité

Actuellement

Par le passé

Fugues, errance .....

Remarques :.....  
.....

## 5. COMPORTEMENT ET AUTONOMIE

### A. Traits de personnalité :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

|                                | Grande                | Moyenne               | Faible                | Aucune                |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - auto agressivité             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - hétéro agressivité           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - agressivité verbale          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - agressivité gestuelle        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - agressivité réactionnelle    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - agressivité environnementale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Comportements particuliers :

.....

.....

.....

.....

**B. Forme de communication et langage**

- Oral  Oui  Non
- Capable de formuler
- une phrase simple  Oui  Non
  - des demandes  Oui  Non
- Inexistant  Oui  Non
- Cris  Oui  Non

Autres méthodes ( makaton, pictogrammes,...) :.....

Décrivez : .....

.....

.....

**C. Autonomie :**

| 1) l'hygiène :        | Seul(e)               | Avec aide             | Dépendance            |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - se laver            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - s'essuyer           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - s'habiller          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - aller aux toilettes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Remarques : .....

.....

.....

.....

2) Les déplacements

Seul(e)      Avec aide      Dépendance

**-Marche**

Se déplace en fauteuil roulant

Se déplace avec un déambulateur

Peut maintenir la station debout

**-Orientation spatiale**

- Dans un grand espace

Oui       Non

- Dans un petit espace

Oui       Non

- Désorienté(e)

Oui       Non

**-Orientation temporelle**

- A court terme

Oui       Non

- A long terme

Oui       Non

- Désorienté dans le temps

Oui       Non

**-Mémoire**

Évoque des faits récents

Oui       Non

Évoque des faits anciens

Oui       Non

Aucune évocation cohérente

Oui       Non

Remarques : .....

.....

.....

.....



| 3) les repas                     | Seul(e)                   | Avec aide                 | Dépendance            |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Utilise une fourchette           | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Utilise un couteau               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Coupe sa viande                  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Se verse à boire                 | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Eau gélifiée                     | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |                       |
| Aliments mixés                   | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |                       |
| Aliments coupés                  | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |                       |
| Régimes alimentaires spécifiques | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |                       |

Lesquels : .....

Remarques : .....

| 4) les acquis :              | Seul(e)                   | Avec aide                 | Dépendance            |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Lit                          | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Ecrit                        | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Lit l'heure                  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Applique une consigne simple | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| Capable de se concentrer     | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |                       |
| -durée : .....               |                           |                           |                       |
| -avec aide :                 | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |                       |

Remarques : .....



5) Le sommeil

- Ne nécessite aucune intervention extérieure au cours de la nuit     Oui     Non  
Nécessite une ou plusieurs interventions par nuit     Oui     Non  
Agitation nocturne (se lève, déambule, cris,...)     Oui     Non

Remarques : .....

.....

D. Loisirs, activités préférées, occupations, sorties, habitudes....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E. Sexualité (peu ou très présente, recherche affective, troubles comportementaux)

.....

.....

.....

La sexualité est-elle compatible avec la vie en collectivité ?

.....

.....

F. Eléments psychologiques (angoisses, présences d'obsessions, fragilité....)

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

Personne(s) ayant rempli ce document :

Nom, prénom

Fonction (parent, assistant social, infirmier, tuteur,...) :

Etablissement et adresse :

.....  
.....

Téléphone :

Adresse mail :

Date et signature

**Nous vous répondrons rapidement suite à l'examen du dossier et vous proposons, le cas échéant, une visite dans notre établissement.**



Afin de constituer un dossier administratif complet, nous vous demandons pour toute candidature de nous fournir les documents suivants lors de l'admission :

1. ADMINISTRATIF

- L'orientation MDPH
- Une carte européenne délivrée par la sécurité sociale
- Une copie du jugement de tutelle
- La carte d'identité
- La carte vitale délivrée par la sécurité sociale
- Les documents de mutuelle

2. MÉDICAL

- Un bilan sanguin récent
- Un bilan dentaire et médical de moins de deux mois
- Les médicaments pour quinze jours
- Une prescription médicale que nous nous chargeons d'enlever auprès de notre pharmacie

3. SOCIO-ÉDUCATIF

- Quatre photos d'identité récentes
- Un rapport de comportement récent

Une convention entre l'institution et le représentant légal de la personne accueillie sera contractée lors de l'entrée.

Cette convention sera éditée en trois exemplaires,

- l'une pour l'institution,
- l'autre pour le représentant légal et
- la troisième pour l' AVIQ (Agence pour une Vie Institutionnelle de Qualité)