

Dossier d'admission

Renseignements administratifs

Candidat

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Lieu de naissance

Adresse :

Célibataire Marié Divorcé Veuf Autre :

Responsable légal

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Si lien de parenté, lequel :

Numéro de téléphone :

Cassiopée

Membres de la famille

PERE

NOM / prénom :

Adresse :

Tel :

Mail :

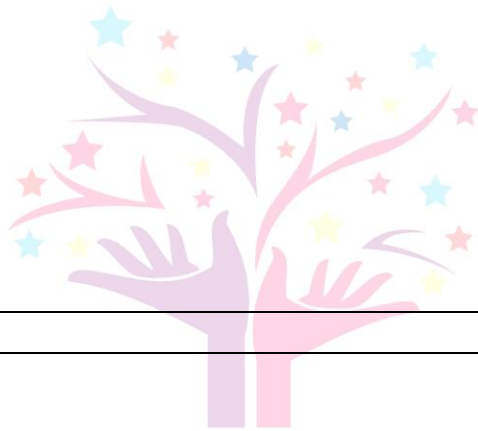
MERE

NOM / prénom :

Adresse :

Tel :

Mail :



NOM / prénom :

Lien :

Adresse :

Tel :

Mail :

Cassiopée

NOM / prénom :

Lien :

Adresse :

Tel :

Mail :

Renseignements sociaux

Assistants sociaux ayant collaborés pour le suivi du dossier d'admission :

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

Numéro de sécurité sociale du candidat :

.....

Prise en charge ALD (Affection Longue Durée) valable jusqu'au :

.....

Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) :

Adresse :
.....
.....

Nom et Prénom de l'assuré :

Numéro d'adhérent :

Caisse ou Organisme de Mutuelle Complémentaire :

.....

Valable du/...../..... au /...../.....

Numéro d'adhérent :

Notification MDPH :

Orientation : FO FAM MAS IME SRA

Valable du/...../..... au/...../.....

Notification de l'aide sociale :

Valable du/...../..... au/...../.....

Date de dépôt de la demande:.....

Département :.....

Numéro de dossier :.....

Contact :.....

Titulaire d'une carte d'invalidité :

Pourcentage :

Mentions :

Protection juridique :

TUTELLE

CURATELLE
RENFORCEE

CURATELLE SIMPLE

DATE DE DEBUT :

DATE DE FIN :

ASSOCIATION :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE :

E-MAIL :

FAX :

PORTABLE :

Responsabilité Civile

OUI NON

Compagnie :

Date de début :/...../.....

Date de fin :/...../.....

Numéro de contrat :

MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DES
DOCUMENTS SUIVANTS

Carte d'identité ou Passeport

Jugement de mise sous protection

Attestation d'ouverture de droit à la sécurité sociale

Notification MDPH

Notification d'aide sociale



Description des capacités :

Alimentation

- s'alimente seul
- seul avec stimulation
- aide partielle
- aide complète

Texture

- hachée
- mixée
- normale
-

Régime

- normal
- diabétique
-

Se déplace

- seul
- avec aide
- aide complète (fauteuil roulant)
-

Toilette et soins d'hygiène

Se lave :

- seul
- avec stimulation
- aide partielle (dos et pieds)
- aide complète



Elimination

- incontinence urinaire
- accidents urinaires
- incontinence complète
- protection complète (lange)
- protection légère (culotte)
-

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Communication verbale

- s'exprime facilement
- s'exprime avec stimulation
- s'exprime difficilement
- muet
- mutisme

Compréhension

- comprend facilement
- comprend partiellement
- comprend difficilement
- ne comprend pas, même les consignes simples

Ecrit

- écrit facilement
- écrit difficilement
- ne sait pas écrire

Comportements inadéquats

Agressivité

- OUI NON

Si oui, préciser l'intensité sur une échelle de 1 à 5

Auto-agressivité :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sexualité

La personne présente-t-elle des comportements inadéquats ?

OUI NON

Si oui, décrivez les comportements inadéquats :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fugues

La personne est-t-elle sujette à des fugues

OUI NON

Si oui, cochez les cases correspondantes :

- fugues involontaires (errances)
- fugues délibérées
- retours spontanés
- risques importants de mise en danger lors de la fugue

Fréquence :

- en permanence
- de manière quotidienne
- de manière occasionnelle
- Autre :



Renseignements médicaux

A joindre sous pli cacheté

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Poids :
Taille :
Groupe sanguin :

Diagnostic principal :

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

Pathologies associées :

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

Histoire de la maladie :

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

Autres antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

Maladies contagieuses :




HIV Hépatite A Hépatite B Hépatite C

O Autres :

Allergies :

.....

Hospitalisations : joindre les rapports si possible

DATES	LIEU	MOTIF
		
		
		

--	--	--

Vaccinations : joindre une copie du carnet de santé, partie vaccination.

Vaccins	Date du dernier rappel

Moyen de contraception :

.....

Traitement actuel :

Cassiopée

.....

Documents à fournir

Documents administratifs

- une orientation MDPH,
- la carte européenne délivrée par la Sécurité Sociale,
- une copie du jugement de tutelle,
- la carte vitale ,
- les documents de mutuelle,
- l'attestation de sécurité sociale,
- l'accord du département pour la prise en charge des frais de séjour,
- l'attestation de l'Allocation Adulte Handicapé,
- 4 photos d'identité récentes,
- la carte d'identité.

Documents médicaux :

- un bilan sanguin récent (moins d'un mois),
- un bilan dentaire et médical de moins de 12 mois,
- un rapport psychiatrique de moins de 6 mois,
- une prescription médicale à jour de moins de trois mois,
- les traitements pour un mois,
- le carnet de santé ou une photocopie,
- la photocopie du dossier médical ou des rendez-vous médicaux réalisés chez les spécialistes.

Documents socio-éducatifs :

- un rapport de comportement récent.

Trousseau à fournir lors de l'arrivée

Vêtements	Quantité
Chaussures de ville	1 paire
Chaussures de sport	1 paire
Chaussures de marche	1 paire
Pantoufles	1 paire
Pyjamas d'été	5
Pyjamas d'hiver	5
Serviettes de bain + gants de toilettes	6
Chaussettes	Un maximum (min 10 paires)
Slips/culottes	Un maximum (min 10 paires)
Pantalons hommes	10
Pantalons femmes	7
Robes/jupes	5
Shorts	5
Soutien-gorge	Un maximum (min 7)
Chemisettes	10
Maillot	2
Bonnet de bain	1
Pulls été	10
Pulls hiver	10
Manteau été	1
Manteau hiver	1
Chapeau/casquette	1
Echarpe, bonnet, gants	Min 1
Sac de voyage	1
Petit sac à dos	1
T-shirt	10
Brosse-à-dent	1
Peigne/brosse	1

