

# DOSSIER ADMISSION ACCUEIL PERMANENT RESIDENCE MUTUALISTE ALPHA



Date d'envoi du dossier : .....

**Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce dossier avec beaucoup d'attention pour que nous puissions répondre au mieux à vos besoins.**



**Résidence Mutualiste Alpha  
67, Chemin Charives  
42600 CHAMPDIEU  
Tél. 04 77 97 75 60**

## Préambule

La Résidence Mutualiste Alpha dispose de :

- 49 places en Foyer d'Accueil Médicalisé
- 9 places en Foyer de Vie
- 1 place de Séjour Séquentiel
- 1 place d'Accueil de Jour.

☒ La demande d'admission doit être en lien avec nos compétences et capacités d'accueil. Elle doit faire l'objet d'un avis d'orientation CDAPH.

☒ Les résidents sont tenus de se couvrir en responsabilité civile auprès de l'assureur de leur choix et de posséder une complémentaire maladie. Le résident qui dispose d'un fauteuil roulant électrique est tenu de l'assurer auprès de l'assureur de son choix sur le risque véhicule à moteur.

☒ L'admission est prononcée par le Directeur, après avis favorable de la commission.

## Dossier de Candidature

### Pièces à fournir obligatoirement :

- Une photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale
- Une photocopie de la carte de mutuelle
- Une photocopie de la notification de la CDAPH en termes d'orientation (Acc. de Jour)
- Une photocopie de la carte d'identité
- Une photocopie de la carte d'invalidité (si en possède une)

### Pièces à remplir et à signer :

- Une fiche de données administratives (annexe 1)
- † Une fiche sur le quotidien de l'usager (annexe 2)
- † Une fiche de renseignements médicaux (annexe 3 – à mettre sous pli confidentiel)
- † Une fiche de renseignements paramédicaux (annexe 4)
- † Un certificat médical indiquant la non-contagion de la personne concernée ainsi que d'éventuels traitements ou particularités.

## Fiche administrative (Annexe 1)

### ▪ Demande d'admission effectuée par :

- La personne elle-même
- Un membre de la famille
- Un professionnel représentant l'institution
- Un professionnel

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Institution : .....

.....

Tel : .....

@ : .....

### ▪ Identité de l'utilisateur :

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : ...../...../..... .....

Nationalité : .....

### Couverture sociale :

Numéro de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_

Numéro de caisse d'allocation familiale : .....

Mutuelle et complémentaire de santé : .....

### Adresse actuelle

#### (Si logement personnel ou familial) :

.....

.....

.....

.....

.....

#### Interlocuteur :

-Lien de parenté : .....

-Nom : .....Prénom : .....

-Téléphone : .....

-E-mail : .....

#### (si hébergé en établissement) :

.....

.....

.....

.....

.....

#### Interlocuteur :

-Fonction : .....

-Nom : .....Prénom : .....

-Téléphone : .....

-E-mail : .....





▪ Habitudes et Besoins au quotidien :

Respirer :

† Sans difficulté

† Avec difficultés Lesquelles : .....

Existe-t-il une position de confort :  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

Existe-t-il une ventilation non invasive (VNI) :  Oui  Non

Si oui, nom du prestataire : .....

Boire et manger :

Autonome (gère seul) :  Oui  Non

Régime alimentaire :  Oui  Non

Si oui, lequel : .....

Texture alimentation :  Normale  Moulinée  Mixée

Absorption des liquides :  Oui  Non

Liquides épaissis :  Oui  Non

Prothèse dentaire :  Oui  Non

Prise de repas :  Sans aide  Avec aide, précisez :  Matérielle : .....  
 Humaine

Alimentation Entérale :  Oui  Non

Si oui, coordonnées du prestataire : .....

Eliminer :

Gère seul ses passages aux toilettes :  Oui  Non

*Si incontinence, gère seul le change de protection :*  Oui  Non

Mise en place de protections :  Oui  Non

Besoin d'aide pour aller aux toilettes :  Oui  Non

Capacité de demander, d'utiliser la sonnette pour aller aux toilettes :  Oui  Non

Tendance à la constipation :  Oui  Non

## Se mouvoir :

Autonome (gère seul) :  Oui  Non

Transferts :  Sans aide  Avec aide matérielle  Avec aide humaine

Déplacements :  Avec fauteuil roulant mécanique  
 Avec fauteuil roulant électrique  
 Avec canne, déambulateur  
 Avec aide humaine

Si utilisation de matériel médical, coordonnées du prestataire : .....

## Dormir et se reposer :

Besoin d'aide pour se coucher et se lever :  Oui  Non

Qualité du sommeil (calme, réveil fréquent...) : .....  
.....

Heure du lever : ..... Heure du coucher : .....

Sieste :  Oui  Non

Si oui, durée : .....

## Soins corporels :

Besoin d'aide pour la toilette :  Oui  Non *si oui, aide* :  Totale  Partielle

Besoin d'aide pour s'habiller :  Oui  Non *si oui, aide* :  Totale  Partielle

## Autonomie :

Sortie à l'extérieur :  Non autorisées  
 Avec accompagnement  
 Sans accompagnement

Gestion son argent pendant le séjour :  Seul(e)  
 Par l'équipe

Gestion de sa consommation de cigarette :  Seul(e)  
 Par l'équipe

Consommation de vin autorisé au repas :  Oui  Non

Consommation de cigarette Quantité : ..... Recommandations : ..... .....
---

## Communication

Trouble de la communication :  Oui  Non

Se fait comprendre :  Oui  Non

Lecture :  Oui  Non      Ecriture :  Oui  Non

Utilisation d'un support de communication :  Oui  Non

Si oui, préciser : .....

Troubles sensoriels Visuels :  Oui  Non

Auditifs :  Oui  Non

Autres : .....

## Fiche médicale (annexe 3) - A mettre sous pli confidentiel

### Médecin traitant

Nom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

### Correspondant médical

Nom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

### Etiologie(s) et histoire du handicap :

.....

.....

.....

.....

### Origine et date d'apparition du handicap :

.....

.....

.....

.....

### Manifestations du handicap (moteur, cognitif et psycho-comportemental) :

.....

.....

.....

.....

### Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

.....

### Antécédents familiaux :

.....

.....

.....

▪ **Informations générales:**

**Taille :** .....

**Poids :** .....

**Vaccinations :** *diphtérie / tétanos / polio*

Date dernière injection : .....

**Contraception en cours :**   Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

**Allergies connues :**

Médicamenteuses : .....

Alimentaires : .....

.....

.....

.....

.....

▪ **Bilans / évaluation**

	<b>MIF</b>	<b>Autre :.....</b>	<b>Autre :.....</b>	<b>Autre :.....</b>	<b>Autre :.....</b>
Date					
Score					

▪ **Symptômes psychologiques et comportementaux :** (cocher si présence)

Idées délirantes

Déshinibition

Hallucinations

Désorientation

Dépression

Apathie

Anxiété

Boulimie

Déambulation

Fugue

Agressivité

Vols

Agitation motrice

Tentative de suicide

▪ **Traitement en cours : transmettre la dernière ordonnance**

Médecin :

Coordonnées :

Signature :

## Fiche paramédicale (annexe 4)

**Suivi neurologique** :  Oui  Non

Si oui, date du dernier rdv : .....

Coordonnées : .....

.....

**Suivi MPR** :  Oui  Non

Si oui, date du dernier rdv : .....

Coordonnées : .....

.....

**Accompagnement psychologique** :  Oui  Non

Si oui, à quel rythme : .....

Coordonnées : .....

.....

**Accompagnement psychiatrique** :  Oui  Non

Si oui, date du dernier rdv : .....

Coordonnées : .....

.....

**Soins infirmiers** :  Oui  Non

Types de soins : .....

Si oui, à quel rythme : .....

Coordonnées : .....

.....

**Soins de kinésithérapie** :  Oui  Non

Types de soins : .....

Si oui, à quel rythme : .....

Coordonnées : .....

.....

**Soins d'ergothérapie** :  Oui  Non

Types de soins : .....

Si oui, à quel rythme : .....

Coordonnées : .....

.....

**Soins d'orthophonie** :  Oui  Non

Types de soins : .....

Si oui, à quel rythme :.....

Coordonnées :.....

.....

**Soins dentaires** :  Oui  Non

Types de soins : .....

Si oui, date du dernier rdv :.....

Coordonnées :.....

**Accompagnement aide soignant** :  Oui  Non

Rythme : .....

Coordonnées :.....

**Accompagnement auxiliaire de vie/Aide ménagère** :  Oui  Non

Rythme : .....

Coordonnées :.....