

Date de réception :

PHOTO

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Les demandes d'admission sont étudiées à partir de dossiers complets.

Les critères : Personne en situation de handicap psychique avec notification MDPH qui présente une pathologie stabilisée et un suivi médical du secteur psychiatrique hospitalier dont dépend la personne.

Pièces à fournir pour la constitution du dossier

Copie des avis de la MDPH

- ☐ Notification d'Orientation-Placement
- ☐ Notification de l'AAH
- ☐ Notification de PCH ou ACTP (si titulaire)
- ☐ Notification de Carte d'invalidité (si titulaire)

Copies des autres documents valides à ce jour

- ☐ Copie de la carte d'identité
- ☐ Copie de la carte d'invalidité
- ☐ Copie de l'attestation des droits à l'assurance maladie
- ☐ Copie de la carte de mutuelle
- ☐ Copie du jugement de tutelle (si titulaire)
- ☐ Copie de l'attestation d'assurance "responsabilité civile"
- ☐ Copie de l'ordonnance actuelle

Annexes dûment remplies et signées

- ☐ Fiche d'engagement médical
- ☐ Désignation de la personne de confiance
- ☐ Directives anticipées
- ☐ Droit à l'image

Dossier N° :

N° MDPH :

NOM : _____

Prénom : _____

ADMINISTRATIF

Identité du postulant

Nom : Prénoms :
 Date de naissance : / / Lieu : Nationalité :
 Adresse actuelle :
 Code Postal : Ville :
 N° Téléphone : fixe : portable :

Situation familiale

- | | |
|--|--|
| ☐ Célibataire | ☐ Sans enfant |
| ☐ Séparé(e), divorcé(e) | ☐ Avec enfant(s) : nombre : |
| ☐ Veuf(ve) | - Prénom : né(e) le : |
| ☐ Marié(e), pacsé(e), en couple | - Prénom : né(e) le : |

Famille

Père

Nom :
 Prénom :

Mère

Nom :
 Prénom :

Adresse :
 Code Postal :
 Ville :
 N° de téléphone :
 Adresse courriel :

Adresse :
 Code Postal :
 Ville :
 N° de téléphone :
 Adresse courriel :

Fratrerie

Nom et Prénom

-
-
-

Date de naissance

-
-
-

Identifiants

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale, MSA,RSI :

Organisme de rattachement :

Numéro de mutuelle :

Nom de la mutuelle :

Numéro d'assurance « responsabilité civile » :

Nom de l'assurance :

Numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocation Familiale ou autre organisme :

.....

Demande d'admission effectuée par :

☐ La personne elle-même

☐ Une autre personne

Nom : Prénom : Qualité ou lien de parenté :

Adresse :

Code Postal Ville

Numéro de téléphone Fax :

Adresse courriel :

Mesure de protection juridique

☐ NON ☐ OUI Précisez :

Coordonnées du représentant légal

Organisme Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Numéro de téléphone Fax

Adresse courriel

Avis de la Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée

Orientation (fournir la copie de l'avis de la CDAPH)

Date de l'avis : Sous le numéro :

- ☐ Foyer de vie, foyer occupationnel ☐ Foyer d'accueil médicalisé ☐ SAVS
☐ En cours

Attributions

Carte d'invalidité : ☐ NON ☐ OUI Date :

Allocation Adulte Handicapé : ☐ NON ☐ OUI Date : Montant : €

Allocation Compensatrice Tierce Personne : ☐ NON ☐ OUI Date :

Prestation de Compensation du Handicap : ☐ NON ☐ OUI Date :

Allocations autres :

- Date :
- Date :

SOCIAL

Motivation de la demande

Parcours scolaire

- ☐ N'a pas été scolarisé(e) ☐ Scolarité adaptée

Lieu :

- ☐ Niveau primaire ☐ Niveau collège ☐ Niveau Lycée ☐ Niveau supérieur

Diplôme(s) obtenu (s) : - -

Quel est votre parcours depuis votre enfance à aujourd'hui ?

[illegible]

Quelles sont les raisons, vos difficultés ou vos projets qui vous ont incité à faire cette demande d'admission ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Parcours institutionnel et/ou hospitalisation

Date : - -Lieu : -

- -

- -

- -

Renseignements complémentaires

Motricité Oui Un peu Non

Difficulté motrice ☐ ☐ ☐

Fatigabilité ☐ ☐ ☐

Si oui ou un peu, merci de détailler :

.....

.....

.....

.....

Communication Oui Un peu Non

Difficultés du langage ☐ ☐ ☐

Si oui se fait comprendre ☐ ☐ ☐

Difficultés auditives	☐	☐	☐
	Oui	Un peu	Non
Difficultés visuelles	☐	☐	☐
Sait lire	☐	☐	☐
Sait écrire	☐	☐	☐
Sait compter	☐	☐	☐

Si oui ou un peu, merci de détailler :

.....

.....

.....

.....

.....

<u>Comportement</u>	Oui	un peu	Non
Troubles du comportement	☐	☐	☐
Agressivité physique	☐	☐	☐
Agressivité verbale	☐	☐	☐
Troubles de l'orientation	☐	☐	☐
Troubles du sommeil	☐	☐	☐
Fugueur	☐	☐	☐
Tendance aux addictions	☐	☐	☐
Kleptomane	☐	☐	☐
Déviance sexuelle	☐	☐	☐

Si oui ou un peu sur les items du comportement, merci de préciser les conditions déclenchant les troubles ainsi que leurs formes :

.....

.....

.....

.....

.....

Autonomie

Bonne Moyenne Faible

Manger	☐	☐	☐
S'habiller	☐	☐	☐
Se laver	☐	☐	☐
Gérer son argent	☐	☐	☐
Se déplacer (dans l'établissement)	☐	☐	☐
Se déplacer (hors de l'établissement)	☐	☐	☐
Orientation dans le temps	☐	☐	☐

Merci de préciser les accompagnements spécifiques (régime, aides.....) :

.....

.....

.....

.....

Elimination

Jamais Occasionnelle Fréquente

Enurésie	☐	☐	☐
Encoprésie	☐	☐	☐

Heure habituelle de lever : de coucher :

Activités appréciées :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Habitudes de vie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Relation aux autres

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Relation à l'encadrement

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

BILAN MEDICAL

(A METTRE SOUS PLI CACHETE)

Médecin ayant rédigé le bilan

Nom :

Coordonnées :

Patient

Nom : Prénom :

Médecin référent :

Médecin psychiatre référent :

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE :

	Néant	Légère	Moyenne	Sévère
Déficiences intellectuelles	☐	☐	☐	☐

Troubles associés :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Etiologie du handicap :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Epileptique : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Nom du médecin neurologue :

Joindre une copie du bilan neurologique

Fréquence des crises :

.....

.....

.....

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Nom du médecin cardiologue :

Joindre une copie du bilan neurologique

Description de la déficience ou de la pathologie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pathologies ou déficiences associées :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements actuels (joindre la copie de la ou des ordonnances)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Soins infirmiers nécessaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Soins paramédicaux nécessaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXES

FICHE D'ENGAGEMENT

FICHE D'ENGAGEMENT DU SUIVI DE SOINS PSYCHIATRIQUES **EN MILIEU HOSPITALIER**

Je soussigné(e), Docteur(e) _____
certifie assurer / poursuivre les soins psychiatriques de
M. ou Mme _____ à
son entrée au Domaine mutualiste de l'Arzille et pouvoir réaliser un suivi et une
hospitalisation si cela s'avère nécessaire.

Fait le _____

Cachet et signature

du médecin psychiatre hospitalier

Réf.:	ENREGISTREMENT Formulaire de personne de confiance	 SOIGNER, ACCOMPAGNER, INNOVER
0265		
Version		Page 1 sur 3
A		
Etablissement	AESIO SANTE/ Tous métiers (hors sanitaire)	

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) Mr, Mme

Date d'entrée ou de prise en charge

Désigne Mr, Mme

Adresse :

Lien avec la personne Téléphone :

en tant que personne de confiance.

J'autorise Mr, Mmeà m'accompagner dans mes démarches et à assister aux entretiens médicaux lorsque je le souhaiterai.

Mr, Mme pourra être consulté(e) dans le cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté.

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

☐ Ne peut pas désigner de personne de confiance.

Fait à Le

Signature

Signature de la personne de confiance

Je décide de révoquer la désignation de Mr, Mme

comme personne de confiance.

Fait à Le

Signature

Réf.:	ENREGISTREMENT Formulaire de personne de confiance	 SOIGNER, ACCOMPAGNER, INNOVER
0265		
Version		
A		
Etablissement	AESIO SANTE/ Tous métiers (hors sanitaire)	

Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

1- Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

<u>Témoin 1:</u>	<u>Témoin 2:</u>
Je soussigné(e)	Je soussigné(e)
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Qualité (lien avec la personne) :	Qualité (lien avec la personne) :
atteste que la désignation de:	atteste que la désignation de:
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Comme personne de confiance <i>est bien l'expression</i>	Comme personne de confiance <i>est bien l'expression de la</i>
<i>de la volonté libre et éclairée de :</i>	<i>volonté libre et éclairée de :</i>
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Fait à	Fait à
Le	Le
 Signature du témoin :	 Signature du témoin :
 Co signature de la personne de confiance :	 Co signature de la personne de confiance :

Réf.:	ENREGISTREMENT Formulaire de personne de confiance	 SOIGNER, ACCOMPAGNER, INNOVER
0265		
Version		
A		Page 3 sur 3
Etablissement	AESIO SANTE/ Tous métiers (hors sanitaire)	

*Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le
formulaire de révocation de la personne de confiance*

2- Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

<u>Témoin 1:</u> Je soussigné(e) Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :..... A mis fin à la désignation de : Nom et prénom :..... Comme personne de confiance. Fait à le Signature du témoin :	<u>Témoin 2:</u> Je soussigné(e) Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :..... A mis fin à la désignation de : Nom et prénom :..... Comme personne de confiance. Fait à le Signature du témoin :
--	--

Réf.:	ENREGISTREMENT FORMULAIRE DIRECTIVES ANTICIPEES	 SOIGNER, ACCOMPAGNER, INNOVER
EN 1894		
Version		
a		
Etablissement(s)	Etablissements Long et Moyen Séjour	

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

☐ **Je souhaite transcrire mes directives anticipées relatives à ma fin de vie :**



En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés ci-dessous :

Dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même le document, mais en possession de toutes mes capacités psychiques, je demande à 2 témoins (dont la personne de confiance) de rapporter les dispositions qui suivent :

Voici mes directives anticipées relatives à ma fin de vie :

Date :

Nom et signature du **résident (ou des témoins)** :

❖ **En qualité de personne de confiance, compte tenu des incapacités psychiques et physiques de M/Mme**

J'ai connaissance qu'il existe des directives anticipées

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, merci de nous les faire parvenir

Nom et signature de la **personne de confiance** :

☐ **Je ne souhaite pas transcrire mes directives anticipées relatives à ma fin de vie**

☐ **Le résident, Mme/ Mr.....n'est pas en possession de toutes ses facultés physiques et psychiques pour transcrire ses directives anticipées relatives à sa fin de vie**

Signature Médecin coordonnateur et/ou Médecin traitant

EN 1120	DROIT A L'IMAGE	 SOIGNER, ACCOMPAGNER, INNOVER
Version		
C		
Mise à jour en juin 2024		
Etablissement(s)	Filières Gériatrie/Handicap/RA/Domicile	Page 1 sur 1

Dès l'admission, des clichés photographiques peuvent être nécessaires à la constitution de votre dossier administratif et médical.

Par ailleurs, dans le cadre des manifestations organisées au sein de l'établissement/ service, les usagers seront parfois amenés à être photographiés ou filmés. Ces clichés peuvent ensuite être, affichés, voire diffusés notamment dans la presse locale et associative, sur les réseaux sociaux et les supports numériques (borne interactive de la résidence).

L'objectif est de recueillir votre consentement / celui de votre représentant légal concernant l'utilisation de votre image. (Art. 9 du Code Civil).

NB : un accord oral sera également recueilli pour chaque prise de vue.

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Usager au sein de l'établissement/service Depuis le

Pour les usagers sous protection juridique :

Nom - Prénom du représentant légal de l'usager nommé ci-dessus :

.....
.....

Autorise le personnel de la Résidence/du service à capter, exploiter et diffuser à titre gracieux mon image dans un cadre strictement non commercial, durant mon séjour/accompagnement :

- ☐ Utilisée pour des besoins administratifs et médicaux (dossier administratif, images médicales transmises aux spécialistes)
- ☐ Affichée et diffusée dans mon service
- ☐ Affichée et diffusée au sein de la résidence/ service
- ☐ Diffusée dans la presse locale et associative, sur les réseaux sociaux et les supports numériques, comme support d'illustration des manifestations institutionnelles.

N'autorise pas le personnel de la Résidence/ du service.....à capter, exploiter et diffuser à titre gracieux mon image dans un cadre strictement non commercial, durant mon séjour/accompagnement.

Cette Autorisation à une durée illimitée. Toutefois, elle peut être à tout moment modifiée sur simple demande de l'usager.

Fait à, le.....

Signature de l'usager

Signature du représentant légal