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
□ Séparé(e), divorcé(e)
□ Veuf(ve)
□ Marié(e), pacsé(e), en couple

□ Sans enfant
□ Avec enfant(s) : nombre : .....
- Prénom : ..... né(e) le : .....
- Prénom : ..... né(e) le : .....

Famille

Père
Nom : .....
Prénom : .....

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

Mère
Nom : .....
Prénom : .....

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

Fratrie

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 ?

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

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

Comportement	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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Synthèse de la situation actuelle, du comportement et des attentes du demandeur

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
Déficience intellectuelle	☐	☐	☐	☐

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 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

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, Mme .....à 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

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

Témoin 1:	**Témoin 2:**
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 *est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :*	Comme personne de confiance *est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :*
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 :

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

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

EN 1894	ENREGISTREMENT FORMULAIRE DIRECTIVES ANTICIPEES	AESIO SANTE
Version B		
Mise à jour Janvier 2025		Page 1 sur 2
Etablissement(s)	TOUS METIERS (Hors Sanitaire)	

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 :

Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements à entreprendre ou à poursuivre *(à cocher)*

- **Respiration artificielle**(une machine qui aide ou remplace ma respiration)
  - Intubation/trachéotomie ☐ OUI ☐ NON ☐ Ne sait pas
  - Ventilation par masque OUI NON Ne sait pas
- **Réanimation cardiorespiratoire** (en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)
  OUI NON Ne sait pas
- **Alimentation artificielle** (nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineuse)
  OUI NON Ne sait pas
- **Hydratation artificielle** (par une sonde placée dans le tube digestif)
  OUI NON Ne sait pas
- **Hydratation articielle**(par perfusion)
  OUI NON Ne sait pas
- **Rein artificiel**(une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent hémodialyse)
  OUI NON Ne sait pas
- **Transfert en réanimation**
  OUI NON Ne sait pas
- **Transfusion sanguine**
  OUI NON Ne sait pas
- **Intervention chirurgicale**
  OUI NON Ne sait pas
- **Radiothérapie anticancéreuse**
  OUI NON Ne sait pas
- **Chimiothérapie anticancéreuse**
  OUI NON Ne sait pas
- **Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie**
  OUI NON Ne sait pas
- **Examen diagnostic lourd et/ou douloureux**
  OUI NON Ne sait pas

- **Je demande à ce que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques et psychologiques), même si cela a pour effet d'abréger ma vie**
  OUI NON Ne sait pas

- Autres souhaits en texte libre :

Fait à ..... Le .....

Signature de l'usager

1er témoin	2ème témoin
Nom, Prénom.....	Nom Prénom.....
Qualité.....	Qualité .....
Date.....	Date .....
Signature	Signature

Conservation

☐ Je confie mes directives anticipées à

.....

☐ Je conserve mes directives anticipées.

Fait à ..... Le

.....

Signature :

Annulation

Document annulé le

.....

Fait à ..... Le .....

Signature :

☐ **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-prescripteur
et/ou Médecin traitant

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