☐ Accueil Permanent

☐ Accueil de Jour

☐ Accueil Temporaire 90 jours

Association Résidence Saint Nicolas

Dossier de demande d'admission

Dossier complété par :

Nom Prénom :……
Fonction :……
Coordonnées (mail, téléphone, adresse postale) :
……
……
……

Dossier à retourner par courrier ou par mail :

Association Résidence Saint Nicolas – 5 Rue Félix Vialet – 48300 LANGOGNE

cpa@associationstnicolas.fr

Volets du dossier

PARTIE ADMINISTRATIVE 2

I. ETAT CIVIL ET COORDONNEES 2

II. RELATIONS PERSONNELLES 2

III. MESURE DE PROTECTION 6

IV. ORIENTATION 6

V. ASPECTS FINANCIER (à compléter uniquement pour demande en EHPAD) ..... **Erreur ! Signet non défini.**

CONNAISSANCE PERSONNE 7

I. HISTOIRE DE VIE 7

II. HABITUDES DE VIE EN FAMILLE / A DOMICILE 8

III. HABITUDES DE VIE EN INSTITUTION 9

IV. APPAREILLAGES ET MATERIELS 13

V. ATTENTES DE LA PERSONNE 13

PARTIE MEDICALE 14

I. Déficiences 14

II. Pathologie 14

III. Allergies / Intolérances 15

IV. Antécédents 15

V. Régime alimentaire 15

VI. Besoins de prise en charge 16

VII. Informations complémentaires 16

Pièces à fournir 17

Accusé de réception du dossier 17

Réponse à la demande d'admission 17

Informations .....

PARTIE ADMINISTRATIVE

PHOTO

I. ETAT CIVIL ET COORDONNEES

NOM : ……..
Prénom(s) : ……
Date de naissance : ……
Lieu et département de naissance : ……
Nationalité : ……

Situation Familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e)

☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Avez-vous des enfants ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien : …….

Numéro de sécurité sociale : ……..

Domicile de l'usager :

☐ Domicile personnel ☐ Domicile de la famille ☐ ESMS

☐ Hôpital ☐ Famille d'accueil

Adresse complète
……
……
……

II. RELATIONS PERSONNELLES

Vos parents sont-ils séparés ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non connu

Nombre de frères et sœurs : ……

Rang fratrie : ……

(*) : informations personne de confiance en annexe 1

PERE	MERE
Nom : ……	Nom : ……
Prénom : …….....	Prénom : …….....
Date de Naissance : …….....	Date de Naissance : …….....
N° Portable : ……	N° Portable : ……
Mail : ……	Mail : ……
N° Fixe : ……	N° Fixe : ……
Adresse : …….. …….. …….. ……..	Adresse : …….. …….. …….. ……..
Prévenir si urgence : ☐ Oui ☐ Non Rupture de contact : ☐ Oui ☐ Non Désigné comme personne de confiance (*) : ☐ Oui ☐ Non	Prévenir si urgence : ☐ Oui ☐ Non Rupture de contact : ☐ Oui ☐ Non Désignée comme personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non
Décédé : ☐ Oui ☐ Non Si oui, date : ……	Décédée : ☐ Oui ☐ Non Si oui, date : ……

(A imprimer et compléter pour tous les membres de la fratrie)

FRATRIE	**FRATRIE**
Nom : ……	Nom : ……
Prénom : …….....	Prénom : …….....
Date de Naissance : …….....	Date de Naissance : …….....
N° Portable : ……	N° Portable : ……
Mail : …….	Mail : ……..
N° Fixe : ……	N° Fixe : ……
Adresse : …….. …….. …….. ……..	Adresse : …….. …….. …….. ……..
Prévenir si urgence : ☐ Oui ☐ Non Rupture de contact : ☐ Oui ☐ Non Désigné comme personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non	Prévenir si urgence : ☐ Oui ☐ Non Rupture de contact : ☐ Oui ☐ Non Désignée comme personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non
Décédé : ☐ Oui ☐ Non	Décédée : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, date : ……	Si oui, date : ……

(A imprimer et compléter pour toutes les autres personnes devant apparaitre sur le dossier de l'usager)

Autres personnes	**Autres personnes**
Nom : ……	Nom : ……
Prénom : …….....	Prénom : …….....
Date de Naissance : …….....	Date de Naissance : …….....
N° Portable : ……	N° Portable : ……
Mail : ……	Mail : ……
N° Fixe : ……	N° Fixe : ……
Adresse : …….. …….. …….. ……..	Adresse : …….. …….. …….. ……..
Prévenir si urgence : ☐ Oui ☐ Non Rupture de contact : ☐ Oui ☐ Non Désigné comme personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non	Prévenir si urgence : ☐ Oui ☐ Non Rupture de contact : ☐ Oui ☐ Non Désignée comme personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non
Décédé : ☐ Oui ☐ Non	Décédée : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, date : ……	Si oui, date : ……

III. MESURE DE PROTECTION

Type de mesure :

☐ Curatelle simple ☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle

☐ Sauvegarde de justice ☐ Pupille de l'état ☐ Mesure habilitation familiale générale

☐ Mesure de protection administrative ☐ Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)

☐ Sans protection

Coordonnées du mandataire ou de l'organisme :

Nom : ……

Prénom : …….....

N° Portable : ……

Mail : …….

N° Fixe : ……..

Adresse : ……

…….

…….

Prévenir si urgence :

☐ Oui ☐ Non

Désigné(e) comme personne de confiance :

☐ Oui ☐ Non

IV. ORIENTATION

Type d'orientation :

☐ Foyer de Vie ☐ FAM ☐ PHV ☐ CRETON ☐ ESAT ☐ EATU

L'orientation est-elle en cours de demande ? ☐ Oui ☐ Non

L'orientation est-elle prononcée et statuée ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dates : du …… au ……

CONNAISSANCE PERSONNE

I. HISTOIRE DE VIE

(Naissance, histoire familiale, parcours scolaire, parcours institutionnel/familial, socialisation en institution/seul/dans la rue, anamnèse…)

II. HABITUDES DE VIE EN FAMILLE / A DOMICILE

Habitudes de vie en famille : hygiène, alimentation….

En famille :

- Vous arrive-t-il d'être en difficulté ? ☐ Oui ☐ Non
  Si OUI, dans quelles situations/à quels moments ?

III. HABITUDES DE VIE EN INSTITUTION

a. Besoins en lien avec l'entretien personnel

	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE	Aide matérielle (précisez)
Hygiène corporelle				
Habillage et déshabillage				
Prise d'un traitement				
Prendre vos repas				
Hygiène de l'élimination et utilisation des toilettes				
Lever / coucher				

b. Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui

	OUI	NON	Précisions
Communication orale			
Communication écrite			
Outils de communication utilisés			
Compréhension de consignes			
Respect des règles de vie			

Savez-vous :

- Lire ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec difficulté
- Compter ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec difficulté
- Ecrire ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec difficulté
- Reproduire ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec difficulté

Connaissez-vous l'heure ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Avec difficulté

Pouvez-vous avoir des comportements agressifs ou violents ?

- **Physiquement :** ☐ Oui ☐ Non

  Si OUI, envers : Les autres résidents ☐
  L'équipe éducative ☐
  Vous même ☐
  Autres personnes, précisez : ☐

Pourriez-vous décrire votre comportement :
……
……
……
……

- **Verbalement :** ☐ Oui ☐ Non

  Si OUI, envers : Les autres résidents ☐
  L'équipe éducative ☐
  Autres personnes, précisez : ☐

Pourriez-vous décrire votre comportement :
……
……
……
……

Y a-t-il des problèmes : agressions, fugues, vols, exhibitionnisme, etc. ?
……
……
……
……
……

c. Besoins en lien avec la mobilité

	OUI	NON	Précisions (seul, accompagné, aide matérielle)
Faire vos transferts			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser un ascenseur			

d. Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

	OUI	NON	Précisions
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Prise d'initiatives			
Capable de voir le danger			
Capable de donner l'alerte			

e. Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté

Religion pratiquée : .....

Désirez-vous aller dans un lieu de culte ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, précisez la fréquence : .....

Inscription sur la liste électorale ? ☐ Oui ☐ Non

f. Besoins pour accomplir les activités domestiques

	OUI	NON	Précisions
Faire vos courses			
Mettre/débarrasser la table			
Faire la vaisselle			
Préparation des repas			

g. Besoins pour la vie familiale, la parentalité et la vie affective et sexuelle

Avez-vous déjà vécu en couple ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des contacts réguliers avec votre famille ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez-vous nous dire sous quelle forme (séjours, téléphone…) et à quelle fréquence ?

……
……
……
……

h. Besoins pour participer à la vie sociale

Activités pratiquées/loisirs/projets :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

i. Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique

Savez-vous gérer votre argent personnel ?

○ Seul	☐ Oui	☐ Non
○ Avec aide	☐ Oui	☐ Non
○ N'a pas la notion de l'argent	☐ Oui	☐ Non

Désirez-vous garder votre argent personnel (chambre, sur vous, etc.) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ L'équipe s'en occupe

j. Besoins pour le sommeil

	OUI	NON	Précisions
Je me couche tôt (précisez heure)			
Difficultés pour s'endormir			
Sujet aux insomnies/angoisses			
Je me lève la nuit			
Lever difficile			
Sieste			

IV. APPAREILLAGES ET MATERIELS

☐ Fauteuil roulant manuel ☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Déambulateur

☐ Canne ☐ Lit médicalisé ☐ Orthèse ou prothèse ☐ Appareils auditifs

☐ Autre, à préciser :

……
……
……

V. ATTENTES DE LA PERSONNE

(vos motivations, vos souhaits, ce que vous attendez de l'institution…)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Nom : ……

Prénom : ……..

PARTIE MEDICALE

Cette partie doit être complétée par un médecin
(Médecin traitant, médecin psychiatre, médecin de l'établissement).

Taille		**Poids**		**IMC**		**Groupe Sanguin**	

I. Déficiences

☐ Déficience Intellectuelle Légère ☐ Déficience Intellectuelle Moyenne ☐ Déficience Intellectuelle Profondes

☐ Déficience Auditives ☐ Déficience Motrices ☐ Déficience Métaboliques

☐ Déficience Visuelles ☐ Troubles du psychisme ☐ Cérébro-lésions

☐ Polyhandicap ☐ Troubles du comportement et de la communication

☐ Troubles du langage et autres apprentissages

Précisions :

……
……
……

II. Pathologie

☐ Neurologique ☐ Métabolique ☐ Cardiaque ☐ Psychologique

Précisions :

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Evolution : ☐ Sans aggravation ☐ Tendance amélioration ☐ Tendance stabilité

☐ Tendance aggravation

III. Allergies / Intolérances

(Merci de bien vouloir préciser)

ALLERGIES	INTOLERANCES
☐ **Médicamenteuse :** ……	☐ **Médicamenteuse :** ……
☐ **Alimentaire :** ……	☐ **Alimentaire :** ……
☐ **Environnementale :** ……	☐ **Environnementale :** ……
☐ **Contact :** …… ……	☐ **Contact :** …… ……

IV. Antécédents

(Médical, chirurgical, familial, psychiatrique… Merci de bien vouloir préciser les dates)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Des directives anticipées ont-elles été retranscrites ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui , à quelle date ? ……..

V. Régime alimentaire

Régime alimentaire :

☐ Diabétique ☐ Pauvre en fibres ☐ Hypo protidique ☐ Sans porc ☐ Hyposodé

☐ Sans résidus ☐ Pas de régime particulier

Texture :

☐ Alimentation normale ☐ Alimentation hachée ☐ Alimentation mixée

☐ Hydratation normale ☐ Hydratation eau gazéifiée ☐ Hydratation gélifiée

Précisions :……
……
……

VI. Besoins de prise en charge

	OUI	NON	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Soins psychiatriques					
Soins psychologiques					
Soins infirmiers					
Kinésithérapeute					
Autre (dialyse, chimio…) :					

VII. Informations complémentaires

Moyen de contraception : ☐ Oui **précisez : ……** ☐ Non

La personne est-elle ménopausée ? ☐ Oui ☐ Non

La personne est-elle sujette :

- Aux hallucinations : ☐ Oui ☐ Non
- Aux phobies : ☐ Oui ☐ Non
- Aux délires : ☐ Oui ☐ Non
- A l'errance : ☐ Oui ☐ Non
- A l'isolement : ☐ Oui ☐ Non

Précisions :
……
……

Conduites addictives (passées / actuelles) :

☐ Alcool, précisez : ……

☐ Tabac, précisez : ……

☐ Addictions, précisez : ……

Médecin qui a rempli les informations :

Nom Prénom : ……
Spécialité : ……
Adresse : ……
Tel : ……
Adresse Mail : ……

Tampon et signature

Pièces à fournir

PARTIE ADMINISTRATIVE :

- ☐ Mesure de protection
- ☐ Notification MDPH
- ☐ Attestation de droits à jour (sécurité sociale)
- ☐ Mutuelle à jour
- ☐ Prestations sociales et familiale (AAH, PCH…)
- ☐ Carte mobilité inclusion
- ☐ Carte d'identité
- ☐ Extrait de naissance
- ☐ 1 Photo d'identité

PARTIE CONNAISSANCE PERSONNE :

- ☐ Dernier projet personnalisé

PARTIE MEDICALE et/ou PARAMEDICALE :

- ☐ Ordonnance en cours
- ☐ Vaccinations à jour
- ☐ Compte-rendu psychologique
- ☐ Compte-rendu psychiatrique

D'autres pièces seront demandées si admission (médical…)

Accusé de réception du dossier

(A remplir par la commission d'admission recevant le dossier)

Dossier réceptionné le : ……...

Réceptionné par : Association Résidence Saint Nicolas

Commission de Parcours Associative

5 rue Félix Vialet 48300 LANGOGNE

Nous contacter : cpa@associationstnicolas.fr

☐ Dossier complet

☐ Dossier incomplet, pièce à nous retourner :

……
……
……
……

Fait le : ……..

A : LANGOGNE

Réponse à la demande d'admission

(A remplir par la commission d'admission de l'association)

Dossier réceptionné le : ……...

Réceptionné par : Association Résidence Saint Nicolas

Commission de Parcours Associative

5 rue Félix Vialet 48300 LANGOGNE

Nous contacter : cpa@associationstnicolas.fr

Avis de la commission d'admission :

☐ Admis sur liste d'attente :

- ☐ Foyer de Vie à Langogne
- ☐ Foyer de Vie à Pradelles
- ☐ Foyer de Vie à Auroux
- ☐ Foyer de Vie à Boisset
- ☐ Foyer de Vie à St Alban sur Limagnole
- ☐ Foyer de Vie à Montfaucon en Velay
- ☐ Foyer d'accueil médicalisé à Langogne – Val d'Allier
- ☐ Foyer d'accueil médicalisé à Pradelles
- ☐ Foyer d'accueil médicalisé à Rosières
- ☐ PHV à Pradelles
- ☐ EHPAD à Auroux

☐ Refus, précisions :

……
……
……
……

Fait le : …….

A : Langogne

INFORMATIONS

I. PERSONNE DE CONFIANCE

La loi donne le droit à toute personne majeure dans un établissement ou un service social ou médico-social de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

C'est un droit qui est offert à chaque personne, mais ce n'est pas une obligation : vous être libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du Conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

II. DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée *directives anticipées* pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés.