



PHOTO

## DOSSIER DE CANDIDATURE

Date de la demande : .....

Ce questionnaire a pour but de rassembler tous les éléments dont la commission d'admission a besoin pour pouvoir se prononcer sur la possibilité d'un accueil au sein du foyer. En effet, le recueil des informations transmises aidera la commission à savoir si le projet de l'établissement est adapté, ou non, aux besoins identifiés chez la personne demandeuse.

### La demande d'admission concerne :

Un accueil permanent : Oui Non

Un séjour d'accueil temporaire : Oui Non

Dans quel cadre sollicitez-vous cet accueil ? (Séjour de rupture, découverte de la vie en institution, situation d'urgence...)

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

### I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LA PERSONNE CANDIDATE :

#### Identité

Nom

Prénom : .....

Sexe : M F

Date de naissance..... de

Nationalité : .....

Adresse actuelle : .....

Téléphone actuel : .....

**Protection juridique**

La personne est-elle sous tutelle ou curatelle ? Oui Non :

Si oui,

Nom ..... du ..... responsable

légal :.....

Adresse :.....

.

Téléphone :.....

.

**Orientation MDPH**

La personne dispose-t-elle d'une décision d'orientation en F.A.M. ? Oui Non

Si non, quelle est la décision d'orientation

actuelle ?.....

**II – RENSEIGNEMENTS BIOGRAPHIQUES :**

**Situation familiale :**

Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Vie maritale

Composition de l'entourage relationnel proche (parents, enfants, fratrie ...) :

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

**Mode de vie actuel :**

Lieu d'hébergement actuel (famille, institution...) :

.....

Adresse.....

Téléphone.....

Dans le cas d'une prises en charge institutionnelle :

Internat ou externat

Autre.....

**Parcours de vie / Parcours institutionnel :**

Éléments de vie marquants (dater approximativement) :

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

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

Etablissements fréquentés jusqu'à présent (dater approximativement) :

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

Observations :

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

**III- RENSEIGNEMENTS SUR LA VIE QUOTIDIENNE :**

**Soins corporels**

La personne se lave :    seule          avec aide partielle          avec aide totale

Comment la toilette se déroule-t-elle (plaisir, refus, nécessité d'appareillage...?)

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

La personne est-elle énurétique ?    Oui          Non          Rarement

La personne est-elle encoprétique ?    Oui          Non          Rarement

Porte t-elle des protections le jour ? la nuit ?

.....

La personne s'habille :    seule          avec aide partielle          avec aide totale

**Alimentation**

La personne mange :    seule          avec aide partielle          avec aide totale

Elle mange :    en morceaux          coupé fin          haché          mixé          liquide

Elle boit :          liquide          avec un épaississant (eau gélifiée...)

A-t-elle besoin d'appareillage (sonde gastrique, gastrostomie...) ?

.....

Utilise-t-elle des couverts ergonomiques ? Lesquels ?

.....

Est-elle sujette aux fausses routes ? Oui Non Rarement

Le temps du repas comporte-t-il des particularités ? Lesquelles ?

.....

### **Déplacements / Motricité**

Comment la personne se déplace-t-elle au quotidien ? Dispose-t-elle d'un appareillage (fauteuil roulant manuel, électrique, cannes, déambulateur...)

.....

A l'intérieur : .....

A l'extérieur : .....

Y a t il des risques de chutes ?

.....

Si la personne est en fauteuil, comment effectue-t-elle ses transferts ?

.....

Comment la personne se repère t-elle dans l'espace :

à l'intérieur ?.....

à l'extérieur ?.....

### **Sommeil**

La personne dort-elle seule ou avec quelqu'un dans sa chambre habituellement ?

.....

A-t-elle des difficultés d'endormissement ?

.....

A-t-elle un sommeil perturbé ? Si oui, comment cela se traduit-il ?

.....  
.....

Horaires de coucher et de lever habituels :

.....  
.....

**Habitudes**

La personne a-t-elle des habitudes particulières, des rituels ou des objets rassurants ? Lesquels ?

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

**IV - RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPORTEMENT ET LA VIE RELATIONNELLE :**

**Moyens d'expression et de communication de la personne**

Parvient-elle à se faire comprendre ?

.....  
.....

Comment ?

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

**Relation à l'autre**

Comment la personne se comporte-t-elle dans un groupe ?

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

Quel est son degré de sensibilité au bruit ?

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

Est-elle plutôt réservée ou va-t-elle facilement vers les autres ?

.....  
.....

Peut-elle faire preuve d'agressivité, à son égard ? Si oui, comment et en quelles circonstances ?

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

Peut-elle faire preuve d'agressivité envers les autres ? Si oui, comment et en quelles circonstances ?

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

**Respect des règles**

Comment la personne réagit-t-elle face à la frustration ?

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

La personne se met t-elle facilement en danger ? A-t-elle des conduites à risques particulières que l'on connaît ?

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

**Gestion des émotions**

La personne est-elle en difficulté pour gérer ses émotions ?

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

Qu'est-ce qui peut la mettre en colère ?

.....  
.....

.....  
.....

A-t-elle particulièrement peur de quelque chose ?

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

**Vie affective**

La personne peut-elle avoir des relations affectives ou amoureuses nécessitant un accompagnement spécifique ?

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

Présente-t-elle des manifestations inadaptées de sa sexualité nécessitant un accompagnement spécifique ?

-conduites d'exhibition : Oui Non Parfois

.....  
.

-masturbation en public : Oui Non Parfois

.....  
.

-tendance à toucher autrui : Oui Non Parfois

.....  
.

-

autre : .....

**Centres d'intérêts**

La personne est-elle à l'aise dans les sorties à l'extérieur ?

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

Dans les lieux publics très fréquentés (magasins...) ?

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

Qu'aime-t-elle faire ?

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

Qu'est-ce qu'elle n'aime pas faire ?

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

**Informations complémentaires :**





**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Document à faire remplir par le médecin traitant et à renvoyer de façon dissociée du reste du dossier dans une enveloppe fermée adressée aux médecins de l'établissement**

*S'il y a en a, joindre dans l'enveloppe dissociée une copie des différents bilans médicaux (comptes rendus d'hospitalisations...).*

**Diagnostic :**

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

**Histoire de la maladie (établissement du diagnostic...) :**

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

**Antécédents médicaux :**

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

.....  
.....

**Antécédents chirurgicaux :**

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

**Hospitalisations :**

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

**Appareillage**

Pour les déplacements :

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

Pour l'alimentation :

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

Sonde urinaire :  Oui  Non

Autres (atèles...) :

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

**Traitement :**

Nom du médicament	matin	midi	soir	coucher
-------------------	-------	------	------	---------

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

**Spécialistes qui suivent le patient :**

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

**Dispositif de soins :**

S'il y en a un, quel est le dispositif de soins actuel ?

Kinésithérapie : Oui (fréquence :.....) Non

Orthophonie : Oui ( fréquence : .....) Non

Psychomotricité : Oui (fréquence : .....) Non

Psychothérapie : Oui (durée du suivi :.....) Non

Ateliers thérapeutiques : Oui (fréquence.....) Non

Autres.....  
.....

**La personne présente-t-elle un déficit intellectuel ?** Oui Non

De quelle importance ? Léger Moyen Profond

**Présente-elle des troubles psychiques ?** Oui Non

De quelle nature ?.....  
.....  
.....

