

# Foyer Hébergement

## St Vincent de Paul

### **Dossier de renseignements**

Melle, Mme, M.....

**HANDI AIDE**  
**Foyer Hébergement Saint Vincent de Paul**  
3, Square Valentin Haüy  
60 130 Quinquempoix

☎ : 03.44.51.42.56

☎ : 03.44.51.48.92

## PRESENTATION DU DOSSIER

- ✚ Etat Civil
- ✚ Renseignements administratifs
- ✚ Renseignements familiaux
- ✚ Etablissements fréquentés
- ✚ Autonomie de la personne
- ✚ Comportement général
- ✚ Aptitudes sensorielles et autres
- ✚ Aptitudes physiques
- ✚ Capacités intellectuelles
- ✚ Loisirs et vie culturelle
- ✚ Annexe 1 : Liste documents à fournir
- ✚ Annexe 2 : Trousseau conseillé
- ✚ Annexe 3 : Dossier médical
- ✚ Annexe 4 : Protocole traitement adjuvant

*Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la construction de votre dossier en vue d'une admission au sein de notre établissement. Les destinataires des données sont : Direction, Secrétariat, Services éducatif et para médical.*

*Depuis la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au responsable du traitement des données : M. Jérôme ROUGIER – Directeur.*

**Etat civil**

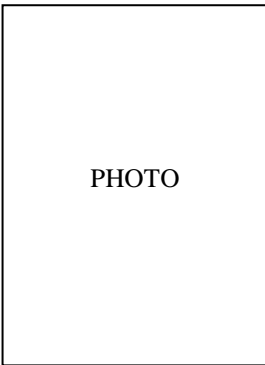
Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :



Adresse actuelle :

Tél (Domicile) :

Portable :

Situation familiale : Célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve)

Enfant(s) :

**Renseignements administratifs**

o ***CDAPH***

Adresse CDAPH :

Notification CDAPH :	Oui	Non	En cours	Validité
- « Placement foyer hébergement »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- « Attribution AAH »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- « Attribution ACTP »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- « Attribution PCH »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- « Carte d'invalidité » Taux ..... %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

o ***Caisse d'allocations familiales***

N° Allocataire : .....

Adresse CAF :

○ ***Domicile de secours***

Indiquer le département de prise en charge d'aide sociale : .....

Adresse de référence :

○ ***Protection juridique*** Sans

Tutelle  Curatelle  En cours  Autres  .....

Date ordonnance : Tribunal :

Nom du représentant :

Adresse :

Tél :

○ ***Assurance maladie***

N° Sécurité sociale : ..... ALD : Oui  Non

Adresse CPAM :

Mutuelle : Oui  Non

Coordonnées :

## Renseignements familiaux

○ *Père :*

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Tél (Domicile) :

Portable :

Profession :

○ *Mère :*

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Tél (Domicile) :

Portable :

Profession :

○ *Fratrie :*

NOMS	PRENOMS	DATES DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE

Y a-t-il d'autres enfants présentant un handicap ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

Nom(s)

Prénom(s)

Nature(s) du handicap

---

---

---

---

---

---

---

## Etablissements fréquentés

La personne a-t-elle séjournée dans d'autres établissements ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

ETABLISSEMENT(S)	ADRESSE(S)	DATE(S) D'ACCUEIL

## Autonomie de la personne

### ○ *Déambulation*

- Marchez-vous seul(e) ?      Oui       Non       Avec aide
- Pouvez-vous sortir seul(e) ?      Oui       Non       Avec aide
- Vous repérez-vous dans l'espace ?      Oui       Non       Avec aide
- Savez-vous utiliser les transports en communs (Train, Bus, ....) ?
- Oui       Non       Avec aide

*Observations particulières :*

### ○ *Hygiène et intimité*

- Vous levez-vous seul(e) ?      Oui       Non       Avec aide
- Vous habillez-vous seul(e) ?      Oui       Non       Avec aide
- Vous lavez-vous seul(e) ?      Oui       Non       Avec aide
- Allez-vous aux toilettes seul(e) ?      Oui       Non       Avec aide
- Enurésie :      Oui       Non       Diurne       Nocturne   
   Occasionnel
- Encoprésie :      Oui       Non       Diurne       Nocturne   
   Occasionnel

*Observations particulières :*



○ **Repas**

- Prenez-vous votre repas seul(e) ?    Oui     Non     Avec aide

- Alimentation à surveiller ?    Oui     Non

Régime Alimentaire, lequel ? .....

Allergies alimentaires, précisez,.....

- Consommez-vous de l'alcool ?    Oui     Non

*Observations particulières :*

○ **Divers**

- Gérez-vous vos vêtements ?    Oui     Non     Avec aide

- Gérez-vous votre argent de poche ?    Oui     Non     Avec aide

- Savez-vous téléphoner ?    Oui     Non     Avec aide

- Fumez-vous ?    Oui     Non

Si oui, nombre cigarettes/jour : .....

Si oui, gérez-vous votre tabac seul(e) ?    Oui     Non     Avec aide

*Observations particulières :*

## Comportement général

### ○ *Manifestez-vous :*

- de l'angoisse ? Oui  Non  Parfois
- une faible tolérance à la frustration ? Oui  Non
- de l'opposition systématique ? Oui  Non
- de la provocation ? Oui  Non  Parfois
- de l'agressivité ? Oui  Non  Parfois
- de l'auto-agressivité ? Oui  Non  Parfois

### ○ *Pouvez-vous :*

- vous mettre facilement en colère ? Oui  Non
- fuguer ? Oui  Non
- voler ? Oui  Non
- manifester d'autres troubles du comportement ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

.....

- vous isoler facilement ? Oui  Non

### ○ *Observations particulières :*

## Aptitudes sensorielles et autres

### ○ *Aptitudes visuelles :*

- Portez-vous des lunettes ? Oui  Non

- Si oui, pouvez-vous voir sans lunettes ? Oui  Non

### ○ *Aptitudes auditives :*

- Entendez-vous bien ? Oui  Non

- Utilisez-vous un appareil auditif ? Oui  Non

- Si oui, le gérez-vous seul(e) ? Oui  Non  Avec aide

### ○ *Aptitudes orales :*

- Parlez-vous ? Oui  Non   
Avec difficultés

- Votre langage verbal est-il compréhensible ? Oui  Non   
Difficilement

- Utilisez-vous un autre moyen de communication ? Oui  Non

Si oui, lequel ?.....

### ○ *Autres :*

- Savez-vous exprimer des souhaits, des demandes ? Oui  Non

- Savez-vous émettre des choix ? Oui  Non

- Savez-vous vous repérer dans le temps ? Oui  Non

- Avez-vous des difficultés de préhension ? Oui  Non

### ○ *Observations particulières :*

## Aptitudes physiques

○ *Etes-vous capable de :*

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| - marcher ?                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Avec difficulté <input type="checkbox"/> |
| - courir ?                            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Avec difficulté <input type="checkbox"/> |
| - nager ?                             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Avec difficulté <input type="checkbox"/> |
| - faire du vélo ou tandem ?           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Avec difficulté <input type="checkbox"/> |
| - supporter l'effort (fatigabilité) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Avec difficulté <input type="checkbox"/> |

○ *Observations particulières :*

## Capacités intellectuelles

○ *Manifestez-vous :*

- |                                      |                              |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - des problèmes d'attention ?        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - des difficultés de concentration ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - des difficultés de compréhension ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

○ *Savez-vous :*

- |             |                              |                              |  |
|-------------|------------------------------|------------------------------|--|
| - lire ?    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Avec difficulté <input type="checkbox"/> |
| - écrire ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Avec difficulté <input type="checkbox"/> |
| - compter ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Avec difficulté <input type="checkbox"/> |

## Loisirs et vie culturelle

○ *Etes-vous intéressé(e) par les loisirs suivants :*

- Cinéma ?                      Oui                       Non

- Théâtre ?                      Oui                       Non

- Musée ?                      Oui                       Non

- Médiathèque ?                      Oui                       Non

- Presse ?                      Oui                       Non

- Télévision ?                      Oui                       Non

- Informatique ?                      Oui                       Non

Si oui, avez-vous un ordinateur ?                      Oui                       Non

- Musique ?                      Oui                       Non

Pratiquez-vous un instrument de musique ? Oui                       Non

Si oui lequel? .....

- Sport ?                      Oui                       Non

Pratiquez-vous un sport ? Oui                       Non

Si oui lequel? .....











Avez-vous rempli seul(e) ce dossier ? Oui                       Non

Personne ayant aidée à remplir ce dossier :                      NOM :

FONCTION :

COORDONNEES :

## Liste des documents à fournir avec le dossier de candidature

-  Orientation CDAPH « Placement hébergement »
-  Orientation CDAPH « Attribution AAH » <sup>1</sup>
-  Orientation CDAPH « Attribution ACTP » <sup>1</sup>
-  Orientation CDAPH « Attribution PCH » <sup>1</sup>
-  Photocopie carte d'identité
-  Photocopie carte d'invalidité
-  Photocopie du jugement de mise sous protection juridique <sup>1</sup>
-  Copie traitement médical
  
-  Bilan éducatif si la personne est déjà accueillie en institution
-  Bilan psychologique

---

<sup>1</sup> Si la personne en bénéficie

**TROUSSEAU TYPE CONSEILLE ET RECOMMANDE**  
**POUR UN ACCUEIL TEMPORAIRE**

1 paire de bleu ou blouse (travail)	<input type="checkbox"/>	5 paires de chaussettes	<input type="checkbox"/>
1 paire de chaussures de sécurité (travail)	<input type="checkbox"/>	6 soutien gorges	<input type="checkbox"/>
2 jeans ou autres	<input type="checkbox"/>	Collants	<input type="checkbox"/>
2 chemises	<input type="checkbox"/>	2 gants de toilette	<input type="checkbox"/>
2 pulls	<input type="checkbox"/>	1 drap de bain	<input type="checkbox"/>
1 jogging ou survêtement	<input type="checkbox"/>	1 peignoir ou sortie da bain	<input type="checkbox"/>
1 k-way	<input type="checkbox"/>	Nécessaire de toilette	<input type="checkbox"/>
1 blouson	<input type="checkbox"/>	Serviettes périodiques	<input type="checkbox"/>
1 tenue de sortie	<input type="checkbox"/>	Mouchoirs	<input type="checkbox"/>
Jupes ou robes	<input type="checkbox"/>	Pantoufles	<input type="checkbox"/>
Chemisiers	<input type="checkbox"/>	Chaussures	<input type="checkbox"/>
Gants, bonnet, écharpe, casquette	<input type="checkbox"/>	Tennis	<input type="checkbox"/>
1 pyjama	<input type="checkbox"/>	1 valise ou sac de voyage	<input type="checkbox"/>
5 slips ou culottes	<input type="checkbox"/>	1 sac de week-end	<input type="checkbox"/>
5 tee-shirts ou maillots de corps	<input type="checkbox"/>		

**Si possible, souhait que le linge soit étiqueté au nom de la personne.**

## DOSSIER MEDICAL

(A remplir par le médecin de l'institution ou le médecin de famille)

(A retourner sous pli confidentiel secret médical)

A l'attention du médecin du foyer.

### I. Renseignements Administratifs

Nom :

Prénoms :

Numéro de sécurité sociale :

Régime :

ALD :

Adresse CPAM :

### II. Antécédents personnels

#### 1. Médicaux

##### A. Néo-nataux

- Grossesse (Commentaire)
- Accouchement (A terme. Siège. Céphalique. Réanimation)

##### B. Développement Psycho-moteur

##### C. Type de handicap

##### D. Placements (Crèche. Nourrice. Institutions. Famille)

##### E. Autres



## 2. Chirurgicaux

## 3. Gynéco-obstrétricaux

- Mode de contraception :

### III. Antécédents familiaux

### IV. Examen clinique

#### 1. Examen général

Poids =

Taille =

#### 2. Examen neurologique et sensoriel

##### A. Epilepsie

Type :

##### B. Acuité visuelle

OD :

OG :

Si port de lunettes. Type de correction.

##### C. Acuité auditive

Aide auditive

Oui :

Non :

##### D. Autres

### **3. Examen Psychique**

- **Déficiences intellectuelles. Type**
- **Troubles du comportement**
- **Troubles affectifs**
- **Troubles de l'humeur et du caractère**

### **Conduites addictives**

### **4. Appareil pulmonaire**

### **5. Cardio-vasculaire**

### **6. Digestif**

**Encoprésie :**

**Oui :**

**Non :**

### **7. Rénal et urinaire**

**Enurésie :**

**Oui :**

**Non :**

### **8. Appareil locomoteur**

### **9. Dermatologie**

### **10. Pédiatrie podologie**

V.

**Types :**  
**(Joindre le carnet de vaccination)**

VI.

VII.

**A quelle date ?**

**Durée :**

**(Joindre ordonnance)**

VIII.

IX.

**Date :**

**Signature :**

## PROTOCOLE INDIVIDUALISE POUR TRAITEMENTS ADJUVANTS

**NOM :**

**PRENOM :**

**Né(e) le :**

<b>Contres indications</b>	
----------------------------	--

<b>Allergie(s) connue(s)</b>	
------------------------------	--

<b>Maux de tête Maux de dents Fièvre, Douleurs</b>	<b>PARACETAMOL 1G</b> (1 toutes les 6h maximum) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
--	---	-----------------

<b>Maux d'estomac</b>	<b>GAVISCON OU MOXYPAR</b> (3 fois / jour) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
-----------------------	--	-----------------

<b>Maux de ventre</b>	<b>SPASFON</b> (2 comprimés 3 fois/jour) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
-----------------------	--	-----------------

<b>Règles douloureuses</b>	<b>SPASFON OU IBUPROPHENE</b> (2 comprimés 3 fois/jour) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
----------------------------	---	-----------------

<b>Diarrhée</b>	<b>SMECTA</b> (2 sachets 3 fois/jour) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
-----------------	---	-----------------

<b>Constipation</b>	<b>LACTULOSE</b> (1 sachet/jour) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
---------------------	--	-----------------

<b>Vomissement</b>	<b>VOGALENE</b> (3 fois / jour) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
--------------------	---	-----------------

<b>Inflammation de la gorge</b>	<b>Lysopaïne ou Hexaspray</b> (5 fois / jour) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
---------------------------------	---	-----------------

<b>Inflammation du nez</b>	<b>Serum physiologique</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
----------------------------	---	-----------------

<b>Egratignures</b> (petite plaie avec écoulement sanguin léger)	<b>BISEPTINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
--	---	-----------------

<b>Hématome</b> (inférieur à 10 cm)	<b>GEL ARNICA</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
-------------------------------------	--	-----------------

<b>Nettoyage des yeux</b>	<b>DACRYOSERUM</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE(S)</b>
---------------------------	---	-----------------

Protocole validé par le médecin référent le :

Cachet et signature du médecin