

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### IDENTITE DU RESIDENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Situation de famille : .....

Nationalité : .....

Religion (*facultatif*) : .....

Photo d'identité

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE DU RESIDENT

Est-il sous : Tutelle  Curatelle Simple  Curatelle Renforcée

Nom du représentant légal : .....

Lien de parenté :

Adresse : .....

.....

Numéro de téléphone :

### FAMILLE DU RESIDENT

#### Père

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

En cas de Décès - Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Profession : .....

#### Mère

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

En cas de Décès - Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Profession : .....

**Fratrie** : Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Date de naissance, Profession

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

**Autres personnes** (indiquer le lien de parenté éventuel) :

.....  
.....

**Situation relationnelle avec la famille :**

*Courriers, séjours, visites, appels téléphoniques : à quelle fréquence ?*

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

### CONJOINT(E) DU RESIDENT

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

En cas de Décès - Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Profession : .....

## COUVERTURE SOCIALE DU RESIDENT

Numéro d'immatriculation : [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]

Caisse : .....

Ayant droit (nom de l'assuré) : .....

Assuré volontaire : .....

## MDPH

Perçoit-il l'Allocation Adulte Handicapé ?  Oui  Non

Perçoit-il l'Allocation Compensatrice Tierce Personne ?  Oui  Non

A-t-il une Carte d'Invalidité ?  Oui  Non

Si oui, N° : ..... Taux : ..... % Echéance : .... / .... / .....

Orientation « Maison d'Accueil Spécialisée »  Oui  Non

Date : ... / ... / ... Département : ..... Echéance : .... / .... / .....

## SITUATION ACTUELLE DU RESIDENT

Est-il actuellement en institution :  Oui  Non

Si oui, Quel type d'établissement : .....

Depuis quelle date : .....

Est-il toujours resté en famille ?  Oui  Non

Bénéficie-t-il d'un suivi par un service social ?  Oui  Non

Si oui, coordonnées :

.....  
 .....

## DIVERS

Personne et /ou service à prévenir en cas d'accident :

.....  
 .....

N° de téléphone : .....

Personnes susceptibles de le recevoir pour des week-ends ou des séjours familiaux ?

.....  
 .....

Adresse (si nécessaire) :

.....  
 .....

## AUTONOMIE

### COMMUNICATION

#### \* **Emission**

- |                                       |                              |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Parler                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Compréhensible de tout le monde       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Compréhensible des personnes averties | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Ecriture                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Gestes – mimiques                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Autres (préciser) :

.....

.....

#### \* **Perception**

- |                  |                              |                              |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| Du langage parlé | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| De l'écriture    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Des gestes mimés | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Autres (préciser) :

.....

.....

#### \* **Emotions**

Comment les exprime-il ?

.....

.....

.....

.....

### DEPLACEMENTS (sur terrain plat – sans l'aide d'une personne)

#### \* **Marche**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Possible sans appareillage                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Possible avec appareil                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Possible avec aide de marche (canne, cadre, etc.) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Possible avec rampe fixe d'appui                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Totalement impossible  oui  non

Se repère-t-il dans l'espace :  oui  non

dans le temps :  oui  non

Quelle distance peut-il parcourir seul : ..... soutenu : .....

✳ **En fauteuil roulant**

Ordinaire  possible  difficile  impossible

Electrique  possible  difficile  impossible

✳ **Comportement face à des obstacles**

En cas de trottoir  facile  difficile

En terrain accidenté  facile  difficile

En cas d'escalier  facile  difficile

Monte-t-il les escaliers seul :  oui  non

Descend-t-il les escaliers seul :  oui  non

✳ **Nécessité de l'assistance d'une personne**

Totale (préciser) :

.....  
 .....

Partielle (préciser) :

.....  
 .....

Observations éventuelles :

.....  
 .....

**TRANSFERTS (sans l'aide d'une personne)**

✳ **Possibilité de passage d'un fauteuil roulant :**

Au lit  oui  non

A une chaise normale  oui  non

A une chaise avec protection latérale  oui  non

Dans une baignoire  oui  non

Dans une voiture  oui  non

Aux W.C.  oui  non

✳ **Possibilité de passage dans un fauteuil roulant, à partir :**

- |                                       |                              |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Du lit                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| D'une chaise normale                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| D'une chaise avec protection latérale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| D'une baignoire                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Des W.C.                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

✳ **Possibilité au lit :**

- |                          |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| De se retourner seul     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| De s'asseoir dans le lit | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| De se lever seul         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| De se coucher seul       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

✳ **Nécessité de l'assistance d'une personne**

Totale (préciser) :

.....  
 .....

Partielle (préciser) :

.....  
 .....

Observations éventuelles :

.....  
 .....

**HYGIENE**

✳ **Possibilité d'utiliser :**

- |                            |                              |                              |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Un lavabo ordinaire        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Un lavabo adapté           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Une robinetterie ordinaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Une robinetterie adaptée   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

✳ **Possibilité de se laver seul :**

- |           |                              |                              |
|-----------|------------------------------|------------------------------|
| Le visage | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les mains | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les dents | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Le corps entier  oui  non

Dans une baignoire  oui  non

Dans une douche  oui  non

✳ **Possibilité d'utiliser les toilettes :**

De lui-même  oui  non

Sur sollicitation  oui  non

✳ **Acquisition sphinctérienne :**

Diurne  oui  non

Nocturne  oui  non

✳ **Nécessité de l'assistance d'une personne**

Totale (préciser) :

.....  
 .....

Partielle (préciser) :

.....  
 .....

Observations éventuelles :

.....  
 .....

**HABILLAGE**

✳ **Possibilité de :**

S'habiller seul  oui  non  sur sollicitation

Se déshabiller seul  oui  non  sur sollicitation

Choisir ses vêtements  oui  non  sur sollicitation

Boutonner  oui  non  sur sollicitation

Mettre des chaussures  oui  non  sur sollicitation

Lacer des chaussures  oui  non  sur sollicitation

Mettre les appareils orthopédiques  oui  non  sur sollicitation

✳ **Nécessité de l'assistance d'une personne**

Totale (préciser) :

.....  
 .....

Partielle (*préciser*) :

.....  
 .....

Observations éventuelles :

.....  
 .....

\* **A-t-il des préférences ou aversions particulières :**

Préciser : .....  
 .....

**ALIMENTATION**

\* **Possibilité de :**

- |                                  |                              |                              |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Se servir à manger               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| S'alimenter seul                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Utiliser des couverts ordinaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Manger de tout                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Boire seul                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

\* **Nécessité :**

D'une nourriture mixée ,hachée, liquide  oui  non

Précisez : .....

De couverts adaptés  oui  non

D'un régime adapté  oui  non

Si oui, lequel.....

\* **Nécessité de l'assistance d'une personne**

Totale (*préciser*) :

.....  
 .....

Partielle (*préciser*) :

.....  
 .....



## SOCIALISATION

Comment s'adapte-t-il à chaque nouveau contexte ?

- dans une institution :

.....  
 .....

- à l'extérieur :

.....  
 .....

Participe-t-il aux tâches collectives :  oui  non  sur sollicitation

Lesquelles :

.....  
 .....

A-t-il été scolarisé :  oui  non

Jusqu'en quelle classe : .....

A-t-il reçu une formation professionnelle :  oui  non

Si oui, laquelle : .....

Quelles sont ses activités préférées ou ses centres d'intérêts ?

.....  
 .....

## COMPORTEMENT

A-t-il des troubles du comportement ou des conduites à risques :  oui  non

Quelles en sont les manifestations :

- Risques d'errance\* .....  *(Par exemple, alimentaires, sexuelles ou nocturnes)*
- Fugues \* .....
- Abus sexuels \* .....
- Exhibitionnisme \* .....
- Violence sur l'entourage \* .....
- Envers lui-même \* .....
- Violence sur le matériel \* .....
- Autres\* .....



\* préciser sous quelles formes cela se manifeste :

.....  
.....

Encoprésie :  diurne  nocturne

Enurésie :  diurne  nocturne

A-t-il un caractère difficile :

- en groupe  oui  non
- en famille  oui  non

Est-il d'un naturel :

- calme  oui  non
- renfermé  oui  non
- doux  oui  non
- agité  oui  non
- expansif  oui  non

Précisions éventuelles :

.....  
.....

Fume-t-il :  oui  non

A-t-il l'habitude de boire du café :  oui  non  souvent

A-t-il l'habitude de boire de l'alcool :  oui  non  souvent

Si oui, est-il dépendant :  oui  non

A-t-il le sens du danger :

- pour lui  oui  non
- pour les autres  oui  non

## HISTORIQUE DU PARCOURS DU RESIDENT

Famille      Dates      de : ..../..../....      à : ..../..../....



# ATTESTATION

➤ **A remplir et signer par le Directeur de l'Etablissement si le candidat vit en institution ;**

➤ **Par le tuteur si le candidat ne vit pas en institution. Dans ce cas, le signataire fournira une copie du jugement des tutelles.**

Je soussigné(e) .....agissant en qualité  
de .....,

m'engage à reprendre, Madame, Mademoiselle, Monsieur<sup>(1)</sup> ..... pendant ou à la  
suite de sa période d'essai (3 mois), si celle-ci ne s'avérait pas concluante.

Fait à .....,

le .....

<b>Cachet de l'établissement et signature<sup>(2)</sup> du Directeur:</b>	<b>Signature<sup>(2)</sup> du tuteur :</b>
---	--

---

<sup>(1)</sup> rayer les mentions inutiles.

<sup>(2)</sup> faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé ».

## PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

### LE JOUR DE L'ADMISSION

#### DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

1. 5 photos d'identité (indiquer le nom du Résidant derrière).
2. Notification de décision MDPH (Orientation en MAS, AAH et Carte Invalidité).
3. Décision de la prise en charge AIDE SOCIALE.
4. Attestation d'Affiliation sécurité sociale (CPAM, MSA, autres...).
5. Carte Vitale.
6. Carte d'affiliation MUTUELLE.
7. Attestation CSS (anciennement CMU-C).
8. Extrait d'acte de naissance.
9. Copie du livret de famille.
10. Copie du jugement de mesure de protection.
11. Notification de pension, A.A.H., retraite, rentes, autres...
12. Carte Nationale d'Identité.
13. Carte d'Invalidité.
14. Le Projet Personnalisé le plus récent du résident.

#### DOCUMENTS MEDICAUX

1. Dossier médical actuel.
2. Sérologie des Hépatites A, B, et C, HIV et dosage des anti-corps anti-HBS pour apprécier l'immunité du vaccin de l'hépatite B.
3. Intradermo réaction à la tuberculine de 10 Unités dont le résultat doit être antérieur de 2 mois à la date d'admission.
4. Téléthorax récent, dont le résultat doit être antérieur de 2 mois à la date d'admission.
5. Calendrier vaccinal : DTP, Hépatite B, BCG.
6. Pour les personnes de sexe féminin :
  - ⇒ Photocopie du dernier examen gynécologique.
  - ⇒ Méthode de contraception.
  - ⇒ Résultats du dernier frottis.
  - ⇒ Mammographie (pour les candidates de 50 ans et plus).
7. Ordonnance du traitement en cours<sup>(\*)</sup>.

---

<sup>(\*)</sup> Merci de fournir le traitement pour 15 jours.