

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	☐ oui	☐ non
Compréhensible de tout le monde	☐ oui	☐ non
Compréhensible des personnes averties	☐ oui	☐ non
Ecriture	☐ oui	☐ non
Gestes – mimiques	☐ oui	☐ non

Autres (préciser) :

.....

.....

✧ **Perception**

Du langage parlé	☐ oui	☐ non
De l'écriture	☐ oui	☐ non
Des gestes mimés	☐ oui	☐ non

Autres (préciser) :

.....

.....

✧ **Emotions**

Comment les exprime-il ?

.....

.....

.....

.....

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

✧ **Marche**

Possible sans appareillage	☐ oui	☐ non
Possible avec appareil	☐ oui	☐ non
Possible avec aide de marche (canne, cadre, etc.)	☐ oui	☐ non
Possible avec rampe fixe d'appui	☐ oui	☐ non

☐ non

☐ non

☐ non

soutenu :.....

✱ **En fauteuil roulant**

☐ impossible

☐ impossible

✳ *Comportement face à des obstacles*

☐ difficile

☐ difficile

☐ difficile

☐ non

☐ 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 :**

☐ non☐ non☐ non☐ non☐ non☐ non

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

Du lit	☐ oui	☐ non
D'une chaise normale	☐ oui	☐ non
D'une chaise avec protection latérale	☐ oui	☐ non
D'une baignoire	☐ oui	☐ non
Des W.C.	☐ oui	☐ non

✱ **Possibilité au lit :**

De se retourner seul	☐ oui	☐ non
De s'asseoir dans le lit	☐ oui	☐ non
De se lever seul	☐ oui	☐ non
De se coucher seul	☐ oui	☐ non

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

Totale (préciser) :

.....
.....

Partielle (préciser) :

.....
.....

Observations éventuelles :

.....
.....

HYGIENE

✱ **Possibilité d'utiliser :**

Un lavabo ordinaire	☐ oui	☐ non
Un lavabo adapté	☐ oui	☐ non
Une robinetterie ordinaire	☐ oui	☐ non
Une robinetterie adaptée	☐ oui	☐ non

✱ **Possibilité de se laver seul :**

Le visage	☐ oui	☐ non
Les mains	☐ oui	☐ non
Les dents	☐ oui	☐ 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	☐ oui	☐ non
S'alimenter seul	☐ oui	☐ non
Utiliser des couverts ordinaires	☐ oui	☐ non
Manger de tout	☐ oui	☐ non
Boire seul	☐ oui	☐ 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* ☐
- Fugues * ☐
- Abus sexuels * ☐
- Exhibitionnisme * ☐
- Violence sur l'entourage * ☐
- Envers lui-même * ☐
- Violence sur le matériel * ☐
- Autres* ☐

(Par exemple, alimentaires, sexuelles ou nocturnes)



* 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 : / /

TYPES D'ETABLISSEMENTS PRECEDENTS (IME, MAS , FAM, Foyer de Vie, Foyer Occupationnel et ESAT)

☐ *non*

à : / /

à : / /

à : / /

MOBILIER PERSONNEL DU RESIDENT☐ Non☐ Non

Si oui, QUELS TYPES DE MOBILIERS :

.....

MOTIVATION DE LA DEMANDE

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Nom et qualité de la personne ayant rempli le présent dossier :

Cachet et signature :

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⁽¹⁾ pendant ou à la suite de sa période d'essai (3 mois), si celle-ci ne s'avérait pas concluante.

Fait à,

le

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

(1) rayer les mentions inutiles.

⁽²⁾ 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^(*).

^(*) Merci de fournir le traitement pour 15 jours.

M.A.S LES BANCELS

FLORAC

Accord de consentement pour l'utilisation des documents et des données personnelles de la personne accompagnée

1. Objet

Ce document vise à informer le résident de l'utilisation de ses documents et de ses données personnelles dans le cadre de son accompagnement et à recueillir son consentement.

2. Utilisation des données

Les données collectées seront utilisées uniquement pour assurer un suivi administratif, éducatif et médical, dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

3. Droits du résident

Conformément à la réglementation en vigueur, le résident dispose des droits suivants :

- Droit d'accès à ses données personnelles.
- Droit de rectification en cas d'erreur ou de modification des informations.
- Droit de retrait de son consentement à tout moment.
- Droit à la limitation du traitement de ses données sous certaines conditions.

4. Confidentialité et sécurisation

Les données du résident seront traitées de manière strictement confidentielle et sécurisée. Aucun partage d'information ne sera effectué sans son accord explicite, sauf obligation légale.

5. Consentement

Je, soussigné(e), _____, résident(e) / représentant légal de _____, déclare avoir pris connaissance des conditions d'utilisation de mes documents et données personnelles et donne mon consentement pour leur traitement dans les conditions prévues ci-dessus.

Nom et prénom du résident : _____ Signature : _____

Nom et prénom du tuteur/représentant légal : _____ Signature : _____

Nom et prénom du responsable : _____ Signature : _____

Date : ____ / ____ / ____