



**Association d'Entraide
des Polios et Handicapés**

Association déclarée selon la loi de 1901 et fondée en 1957
Siège social Hôpital Raymond-Poincaré - Garches

ADEP -ROANNE

17 rue Raoul Follereau
42300 ROANNE

Tél : 04.77.72.46.66

Fax : 04.77.71.41.18

e-mail : ADEP-ROANNE@wanadoo.fr

site : www.adep-roanne.org

DOSSIER DE CANDIDATURE

Pour services ADEP

Veillez cocher la ou les cases correspondant à votre demande

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

ACCUEIL TEMPORAIRE EN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

AMARYLLIS SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

APPARTEMENTS DE LA RESIDENCE AMARYLLIS

APPARTEMENT DE TRANSITION AMARYLLIS

AMARYLLIS SAMSAH
(Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés)

*À remplir dans sa totalité et à joindre au dossier de demande d'admission (sous **PLI CONFIDENTIEL**) en utilisant l'enveloppe préparée à cet effet au nom de : Dr Anne-Marie BELUZE*

PERSONNE CONCERNEE :

NOM :

PRENOM :

AGE

NATURE DU HANDICAP :

Suite à maladie : évolutive

Non évolutive

Suite à accident :

ANTECEDENTS MEDICAUX (à décrire dans le cadre ci-dessous)

Liés au handicap

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

Autres :

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

Allergies connues :

.....
.....

TROUBLES PSYCHIQUES

A-t-elle des troubles du sommeil ? Oui Non

A-t-elle des troubles du comportement ou de l'humeur ? Oui Non
De quel type ?
.....
.....

A-t-elle des crises d'angoisse ? Oui Non

Fréquence :
.....
.....

A-t-elle des problèmes d'agressivité ? Oui Non

A-t-elle des antécédents de dépression ? Oui Non
Si oui, depuis quelle date ?
.....
.....

A-t-elle déjà fait des tentatives de suicide ? Oui Non

A-t-elle des idées délirantes ? Oui Non

Est-elle suivie par un psychiatre ? Oui Non
Si oui, coordonnées.
.....
.....

Est-elle suivie par un psychologue ? Oui Non
Si oui, coordonnées.
.....
.....

Fait-elle des crises comitiales ?

Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

.....
.....

Autres troubles des fonctions supérieures :

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

FONCTION URINAIRE

A t'elle des incontinences urinaires ?

Si oui :

Rares :

Fréquentes :

A-t-elle une sonde à demeure ?

Si oui :

Quel type :

Rythme du changement de la sonde ?

A-t-elle besoin de sondages évacuateurs ?

Si oui :

Rythme :

Porte- t'elle une stomie urinaire?

A-t-elle besoin de percussion ?

Si oui :

Rythme :

A-t-elle besoin d' un étui pénien ?

Si oui :

Type :

Utilise-t-elle d'autres protections ?

Si oui :

Lesquelles :

FONCTION DIGESTIVE ET INTESTINALE

A t'elle une sonde gastrique ?

Si oui :

Type

A-t-elle des incontinences fécales ?

Si oui :

Rares :

Fréquentes :

A-t-elle besoin de suppositoire ?

Si oui :

Lesquels :

Rythme :

Porte t'elle une colostomie ?

Type :

A-t-elle un régime alimentaire ?

Lequel

PROBLEMES CUTANES

A-t-elle des problèmes d'escarres ?

Oui Non

Si oui, localisation.

.....
.....

A-t-elle des pansements en cours,

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Autres problèmes cutanés

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Autres troubles actuels nécessitant une prise en charge ? (diabète, perfusion, injection...)

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

Nom.....Prénom.....
Date de naissanceLieu de naissance.....
Département de secours :
Adresse actuelle.....
N° de téléphone. : (fixe)..... (portable).....
Numéro de sécurité sociale :
Nature du handicap :
Date de diagnostic :
Suite à maladie : évolutive non évolutive
Suite à accident :

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire
Marié(e) ou pacsé(e)
Veuf (ve)
Séparé(e)
Divorcé(e)

Avez- vous des enfants ? oui Non
Si oui, combien ? Quels âges ont –ils ?

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

En cas d'urgence :

Personne à contacter.....
Adresse :
N° de téléphone :
Lien de parenté :

CONDITION DE VIE ACTUELLE

Vous vivez seul(e) en milieu ordinaire
Vous vivez en famille
Vous vivez en collectivité
(si oui, préciser l'établissement)

.....
.....
Vous êtes hospitalisé pour une longue durée
Êtes-vous suivi par un travailleur social, Oui Non
(si oui, merci de mentionner ses coordonnées)

NIVEAU D'ETUDES

Scolarité :

SITUATION AU REGARD DE LA LEGISLATION


Avant votre handicap, avez-vous eu une activité salariée ? Oui Non
Si oui, laquelle (ou lesquelles) ?

.....
.....
Vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité Oui Non

Bénéficiez-vous d'une orientation CDAPH ?
Oui Non

Si oui, laquelle ?.....

***NB/Cet accord est indispensable pour toute admission (joindre la photocopie de l'accord).
Pour un accueil temporaire, vous devez bénéficier d'un accord CDAPH avec mention accueil temporaire.***

	DOSSIER D'ADMISSION Questionnaire administratif et social	Numéro : 1-DU-F-01 Version : 1.0
---	--	---

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Quelles sont vos motivations pour un accueil temporaire ?

.....

.....

.....

Quel est votre projet de vie ?

.....

.....

.....

Avez-vous déposé une demande auprès d'autres services d'ADEP Roanne ?
 (si oui, auprès de quel service, à quelles dates ?)

.....

Avez-vous eu besoin d'aide pour remplir ce dossier ? oui non

Si oui, nom et fonction de la personne qui vous a accompagné pour remplir ce dossier.

.....

.....

.....

Date

Signature du bénéficiaire

Le cas échéant,
 Signature du représentant légal



Association d'Entraide des Polios et Handicapés

Association déclarée selon la loi de 1901 et fondée en 1957
Siège social Hôpital Raymond-Poincaré - Garches

ADEP - ROANNE
17 rue Raoul Follereau
42300 ROANNE
Tél : 04.77.72.46.66
Fax : 04.77.71.41.18

E-mail : ADEP-ROANNE@wanadoo.fr
Site Internet : www.adep-roanne.org

	DOSSIER D'ADMISSION CONCERNANT L'AUTONOMIE ET LE HANDICAP	Numéro : 1-DU-F-01 Version : 1.0
---	--	---

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

LOCOMOTION - APPAREILLAGE

Avez-vous besoin d'aide pour :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Marcher ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Si oui : | | |
| Avec l'aide d'une personne | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Avec des cannes | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Monter et / ou descendre un escalier | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Ouvrir et fermer une porte | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Ouvrir et fermer une fenêtre | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Ramasser un objet au sol | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Vous vous déplacez en intérieur | | |
| en fauteuil roulant manuel | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| en fauteuil roulant électrique | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| à l'aide de cannes | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| à l'aide d'un déambulateur | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Portez- vous des prothèses ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

- Si oui**
- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| pour les membres supérieurs | <input type="checkbox"/> |
| pour les membres inférieurs | <input type="checkbox"/> |
| autres | <input type="checkbox"/> |

Lesquels ?.....

Avez-vous besoin d'aide pour :

- Les déplacements intérieurs oui non
- Les déplacements extérieurs oui non

Avez- vous besoin d'un matelas spécial oui non
Si oui lequel ?

Avez –vous besoin de :

- Barrières
- Potence
- Sonnette
- Attelle
- Mousse
- Lève-malade
- Autre :

TRANSFERT

Avez-vous besoin d'aide pour :

- faire votre transfert lit/fauteuil seul aide partielle aide totale
- faire votre transfert fauteuil/fauteuil seul aide partielle aide totale
- faire votre transfert fauteuil/wc seul aide partielle aide totale
- Avez-vous des appuis lors de vos transferts seul aide partielle aide totale

AUTONOMIE POUR LA TOILETTE

Avez-vous besoin d'aide pour

- votre toilette oui non
 - Du haut oui non
 - Du bas oui non
- votre douche oui non

Matériel nécessaire pour ce type d'aide:

Avez-vous besoin :

- d'une chaise douche oui non
- d'un lit douche oui non
- d'une rampe de maintien oui non
- Autres : oui non

Quel autre matériel ?.....

AUTONOMIE POUR L'HABILLAGE

Avez-vous besoin d'aide pour :

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| - vous habiller | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Haut | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| bas | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - vous déshabiller | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Haut | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Bas | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

AUTONOMIE POUR LES REPAS ET PRISE DU TRAITEMENT

Avez-vous besoin d'aide pour :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| - préparer vos repas | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - réchauffer vos repas | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - couper les aliments | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Prendre vos repas | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Si oui | aide partielle <input type="checkbox"/> | aide totale <input type="checkbox"/> |
| De matériel nécessaire pour ce type d'aide ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lequel ?..... | | |
| - boire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà présenté des fausses routes alimentaires ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous besoin : | | |
| - d'une alimentation adaptée ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - si oui, quel type ? | <input type="checkbox"/> Mixée
<input type="checkbox"/> Moulinée
<input type="checkbox"/> Semi-liquide
<input type="checkbox"/> Autres | |
| Avez-vous besoin d'eau gélifiée ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Etes vous autonome pour préparer votre traitement ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Etes vous autonome pour prendre votre traitement ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

