

*Foyer d'Accueil Médicalisé « Myosotis »*  
*Tel : 01.64.59.27.50 - Télécopie : 01.60.81.94.75 - Mail : fam@ciades.fr*



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.....

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 prise 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 :**







**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 ?.....  
.....  
.....

**Présente-t-elle, ou a t-elle présenté, une ou des conduites addictives (tabac, alcool, drogues...)** ?

.....  
.....