

DOSSIER DE DEMANDE DE PLACEMENT

ACCUEIL EN INTERNAT

M.A.S « les Collines »*
Collobrières



M.A.S. « la Source »*
Pignans



Foyer d'Accueil Médicalisé*
Collobrières



* mettre une croix dans l'établissement choisi pour la demande

1 FICHE D'INFORMATIONS.

2 QUESTIONNAIRE SUR LES HABITUDES DE VIE.

Tel : 04 94 13 55 00

Fax : 04 94 13 55 56

Secteur « Adultes » des Etablissements Varois
Quartier la Rode 83610 Collobrières

www.ugecampacac.com

1 FICHE D'INFORMATIONS.

A) Etat civil :

Nom :.....
 Prénom :.....
 Né (e) le :.....
 Nationalité :.....
 Adresse de résidence :.....
 Placement actuel :.....
 Régime de tutelle :.....

Photo

Tutelle :

Nom prénom :

.....

Adresse :.....

.....

Téléphone :

Situation familiale :

: Marié. : Célibataire.

Situation des parents :

(Si nécessaire)

: Mariés. : Séparés / divorcés. : Père décédé : Mère décédée

Père :

Nom prénom :

.....

Adresse :.....

.....

Téléphone :

Mère :

Nom prénom :

.....

Adresse :.....

.....

Téléphone :

Fratric :

Nom prénom :

.....

.....

B) Renseignements administratifs**Notification de C.D.A.P.H.* :** : oui : non

Numéro du dossier

Assurance sociale :

N° d'assuré social :

Adresse de la caisse :

Exonération du ticket modérateur : oui : non**Allocation d'Adulte Handicapée :**

N° d'allocataire :

Adresse de la caisse :

Mutuelle ou C.M.U. : : oui : non

Nom :

N° d'adhérent :

Adresse :

Carte d'invalidité :

Délivrée le:

Numéro :

Taux d'invalidité :

Assurance de responsabilité civile :

Compagnie :

Adresse :

N° de police

* Photocopie à fournir avec cette demande.

C) Situations Antérieures.

Etablissements fréquentés :	Date d'entrée	Date de sortie

Veillez nous fournir du dernier établissement fréquenté les pièces suivantes :

- ☞ Rapport médical
- ☞ Rapport éducatif
- ☞ Bilan psychologique.

D) Renseignements Médicaux

Interventions chirurgicales subies :

Maladies infectieuses :

Vaccinations (précisez les dates) :

Dates des prochains rappels :

Traitements en cours (joindre photocopie de l'ordonnance) :

Allergies ou autre indications particulières :

Nature et origine du handicap :

Nom du médecin traitant :

2 QUESTIONNAIRE SUR LES HABITUDES DE VIE.

A) Lever :

Heure :Rituel :

.....

Recommandations :

.....

B) Toilette / Hygiène :

Incontinence urinaire : oui non

Incontinence fécale : oui non

Utilisation de protection de jour : oui non

Utilisation de protection de nuit : oui non

Nécessité d'inciter la personne à aller aux toilettes : oui non

Surveillance du transit urinaire : oui non

Surveillance du transit intestinal : oui non

Menstruation régulière : oui non

Autonomie de l'hygiène intime : oui non

Toilette autonome : oui non

Recommandations :

.....

.....

C) Habillement :

Autonome : oui non

Choix et préparation de sa vêtue : oui non

Recommandations :

.....

.....

D) Alimentation :

Repas autonome : oui non

Besoin d'aide : oui non

Choix des aliments : oui non

Repas mixé : oui non

Régime particulier : oui non

Si oui, lequel :

Surveillance alimentaire particulière : oui non

Si oui, laquelle :

Habitudes alimentaires particulières :

Besoins de couverts adaptés :

Posture spécifique :

Autres :

.....

.....

E) Coucher / Nuit :

Rituels à l'endormissement : oui non
 Prise en charge particulière la nuit : oui non

Recommandations :

.....

.....

F) Déplacements :

Déplacements autonomes : oui non
 Appareillage : oui non
 Se repère sur son lieu de vie : oui non
 Se repère dans l'institution : oui non

Recommandations :

.....

.....

G) Communication :

Verbale : oui non
 Gestuelle : oui non
 Autres : oui non

Recommandations :

.....

.....

H) Activités :

Aime-t-elle :

Dessiner : oui non
 Promener : oui non
 Le sport : oui non
 La peinture : oui non
 Le jardinage : oui non
 La musique : oui non
 La télévision : oui non
 La piscine : oui non
 Les sorties en ville : oui non

Est-il nécessaire de solliciter la personne pour qu'elle participe à des activités :
 oui non

Recommandations :

.....

.....