



Béthel

www.bethel-handicap-oise.fr

CONFIDENTIEL

Dossier administratif d'admission de :

Nom

Prénom

Date de naissance

Date de la demande

Établissement d'admission :

☐

FAM « **La Sagesse** »

19 rue des Érables

60800 **Crépy-en-Valois**

Tél. 03 44 87 84 84 | Fax 03 44 87 84 85

☐

Foyer de Vie « **Saint Rieul** »

714 rue de Drucy

60800 **Trumilly**

Tél. 03 44 59 24 35 | Fax 03 44 59 29 33

La demande d'admission concerne :

Au Foyer De Vie Saint-Rieul

- Un accueil en internat* : Oui / Non
- Un accueil en temporaire* : Oui / Non
- Un accueil de jour* : Oui / Non

Au Foyer d'Accueil Médicalisé La Sagesse

- Un accueil en internat* : Oui / Non
- Un accueil en temporaire* : Oui / Non

**Rayer la mention inutile*

Dans quel cadre sollicitez-vous cet accueil ?

(séjour de rupture, découverte de la vie en institution, situation d'urgence...)

CONFIDENTIEL

SOMMAIRE

Dossier 1

Renseignements administratifs et biographiques

Page 1 à 6

Renseignements socio-éducatifs

Page 7 à 13

Dossier 2

Renseignements médicaux

Page 14 à 17

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET BIOGRAPHIQUES

Liste des documents à fournir :

→ Orientation MDPH

Identité :

Nom-Prénom : - - - - -

Sexe* : M / F

Date de naissance : - - - - -

Nationalité : - - - - -

Adresse actuelle : - - - - -

Téléphone actuel : - - - - -

Protection juridique :

La personne est-elle sous tutelle* ? Oui / Non

La personne est-elle sous curatelle* ? Oui / Non

Habilitation familiale* ? Oui / Non

Si oui :

Nom de l'organisme : - - - - -

Nom du responsable légal : - - - - -

Adresse : - - - - -

Téléphone : - - - - -

@mail : - - - - -

Situation familiale :

→ Célibataire* / Marié(e)* / Veuf(Ve)*

→ Entourage (Parents, enfants, fratrie) : - - - - -

* Rayer la mention inutile

Situation actuelle :

Lieu d'hébergement <i>famille, institution, ...</i>	Adresse	Téléphone

Parcours de vie :

→ Éléments de vie marquants (dater approximativement) :

→ Établissements fréquentés jusqu'à présent (dater approximativement) :

Période (dates)	Établissement / Domicile

CONFIDENTIEL

Fait à : _____

Le : _____

Identité et qualité de la personne ayant rempli le présent document :

Signature :



CONFIDENTIEL

Dossier socio-éducatif d'admission de :

Nom

Prénom

Date de naissance

Date de la demande

Établissement d'admission :

☐

FAM « **La Sagesse** »
19 rue des Érables
60800 **Crépy-en-Valois**
Tél. 03 44 87 84 84 | Fax 03 44 87 84 85

☐

Foyer de Vie « **Saint Rieul** »
714 rue de Drucy
60800 **Trumilly**
Tél. 03 44 59 24 35 | Fax 03 44 59 29 33

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

→ Bilan éducatif

→ Projet d'accompagnement

→ Rapport de comportement

VIE QUOTIDIENNE		Fait seul	Fait partiellement	Ne Fait pas	Observations matériel adapté, supports...
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)					
Déplacements	À l'intérieur				
	À l'extérieur				
Risque de chute	Oui ☐ Non ☐				
Toilette	Haut				
	Bas				
Habillage	Haut				
	Bas				
Élimination	Urinaire				
	Fécale				
Alimentation	Se servir				
	Manger				
Risque de fausses routes	Oui ☐ Non ☐				
Orientation	Spatiale				
	Temporelle				
Communication	Verbale				
	Non verbale				
Propos incohérent	Oui ☐ Non ☐				

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES :

Comportement	Oui	Non	Observations (précision)
Anxiété			
Particularités			
Habitudes / rituels			
Difficultés à gérer ses émotions			
Intolérance à la frustration			
Comportements auto-agressifs			
Comportements hétéro-agressifs			
Destruction du matériel			
Conduites à risques / mise en danger			
Troubles du sommeil			
Troubles de l'appétit			
Hallucinations			
Dépression			
Apathie			
Phobie			

RELATION À L'AUTRE

Relation interpersonnelle	Oui	Non	Observations
Comportement adapté envers les autres			
Va facilement vers les autres			
Réservé			

VIE AFFECTIVE

Vie affective	Oui	Non	Parfois	Observations
Peut avoir des relations affectives ou amoureuses				
Conduites d'exhibition				
Masturbation en public				
Tendance à toucher autrui				
Autre (Précisez) :				

CENTRE D'INTÉRÊTS

La personne aime faire (activités, sorties...) :

AUTRES REMARQUES ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

CONFIDENTIEL

Fait à : -----

Le : -----

Identité et qualité de la personne ayant rempli le présent document :

Signature :



Béthel

www.bethel-handicap-oise.fr

CONFIDENTIEL

Dossier médical d'admission de :

Nom

Prénom

Date de naissance

Date de la demande

Établissement d'admission :

☐

FAM « **La Sagesse** »

19 rue des Érables

60800 **Crépy-en-Valois**

Tél. 03 44 87 84 84 | Fax 03 44 87 84 85

☐

Foyer de Vie « **Saint Rieul** »

714 rue de Drucy

60800 **Trumilly**

Tél. 03 44 59 24 35 | Fax 03 44 59 29 33

DOSSIER MÉDICAL à REMETTRE sous PLI CONFIDENTIEL à L'ÉTABLISSEMENT

Personne concernée par l'établissement ou l'accueil :

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : ____/____/____

Médecin qui renseigne le dossier :

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone : ____-____-____

Contexte de la demande : (cocher la mention utile)

Sortie d'hospitalisation (SSR, psychiatrie) ☐ , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement ☐

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée ? : OUI ☐ NON ☐

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées ? : OUI ☐ NON ☐

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI ☐ NON ☐

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom :

Adresse - N° Voie, rue, boulevard :

Code postal :

Commune / Ville :

Téléphone fixe : ____-____-____ Téléphone portable : ____-____-____

Le résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc...) ? : OUI ☐ NON ☐

Si oui, coordonnées du médecin spécialiste : _____

Pathologie principale : ALD : OUI ☐ NON ☐	Antécédents chirurgicaux :
Antécédents médicaux :	Antécédents psychiatriques :

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre)

Taille

Poids

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage : OUI ☐ NON ☐			Si OUI, précisez laquelle : - Visuelle - Auditive - Gustative - Olfactive - Vestibulaire - Tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre :		

Risque de chute : OUI ☐ NON ☐
Régime alimentaire : OUI ☐ NON ☐

Si oui précisez :

Risque de fausse route : OUI ☐ NON ☐

Allergie : OUI ☐ NON ☐

Si oui précisez :

Portage de bactérie
multi résistante :

OUI ☐ NON ☐

Ne sait pas ☐

Si oui précisez :

Date du dernier prélèvement :

Récapitulatif des vaccinations :

Précisez les dates de Vaccination :

Appareillages :

- Fauteuil roulant manuel : OUI ☐ NON ☐
- Appareil auditif : OUI ☐ NON ☐
 - Droit ☐ Gauche ☐
- Déambulateur : OUI ☐ NON ☐
- Canne : OUI ☐ NON ☐
- Orthèse : OUI ☐ NON ☐
- Prothèse dentaire : OUI ☐ NON ☐
 - Haut ☐ Bas ☐
- Port de lunettes : OUI ☐ NON ☐
- Pacemaker : OUI ☐ NON ☐
- Colostomie : OUI ☐ NON ☐
- Appareil ventilation non-invasive (VNI) : OUI ☐ NON ☐
- Oxygénothérapie : Continue ☐ Non continue ☐
- Autre appareillage :

Commentaires (MMS, évaluation gériatriques, etc ...)
et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc...)

CONFIDENTIEL

Signature, date et cachet du médecin :