

Document Socio-Médico-Educatif
à compléter dans le cadre d'une

DEMANDE D'ADMISSION



**RÉSIDENCE
LA PRÉVÔTÉ**

Nom et prénom :	.....
Date d'introduction de la demande :	.....
Dossier introduit par :	.....



VOLET SOCIAL & ADMINISTRATIF

COORDONNEES DE LA PERSONNE DEMANDEUSE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, autre...) :

Coordonnées (si autre que les parents)

Nom de l'association tutélaire :

Nom de la personne référente :

Rue et numéro :

Code postal :

Localité :

Adresse email :

Téléphone :

Orientation CDAPH – MDPH et validité :, valable jusqu'au

COORDONNEES DES PARENTS

Rue et numéro :

Code postal :

Localité :

Adresse email 1 (.....) :

Adresse email 2 (.....) :

Téléphone portable 1 (.....) :

Téléphone portable 2 (.....) :

Téléphone fixe :

Téléphone travail (en cas d'urgence seulement) :



COMPOSITION FAMILIALE

COMPOSITION FAMILIALE

	Père	Mère
Nom	.....	.....
Prénom	.....	.....
Date de naissance	.....	.....
Lieu de naissance	.....	.....
Nationalité	.....	.....
Etat civil	.....	.....
Profession	.....	.....
		Adresse, si différente de celle du père
Rue et numéro	.....	.....
Code postal	.....	.....
Localité	.....	.....

FRATRIE

	1	2	3	4
Nom	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....
Date de naissance	.....	.....	.....	.....
Lieu de naissance	.....	.....	.....	.....
Nationalité	.....	.....	.....	.....
Etat civil	.....	.....	.....	.....
Profession	.....	.....	.....	.....

Rue et numéro	.....	.....	.....	.....
Code postal	.....	.....	.....	.....
Localité	.....	.....	.....	.....



HISTOIRE PERSONNELLE, PARCOURS DE VIE

HISTOIRE PERSONNELLE

La grossesse et la naissance

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

La découverte et l'annonce du handicap

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

Handicap principal :

Handicap(s) ou trouble(s) associé(s) :

Acquisition et développement du langage, de la propreté, de la marche, de la socialisation...

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

Du / / au / /

Nom et adresse de l'établissement :

Personne de contact et coordonnées (email et numéro de téléphone) :

Remarques :

Du / / au / /

Nom et adresse de l'établissement :

Personne de contact et coordonnées (email et numéro de téléphone) :

Remarques :

Du / / au / /

Nom et adresse de l'établissement :

Personne de contact et coordonnées (email et numéro de téléphone) :

Remarques :



VOLET MEDICAL – à adresser à l'attention du médecin coordinateur sous pli séparé et fermé

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Existe-t-il des antécédents familiaux (épilepsie, maladie génétique...) ?

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

ENTOURAGE MEDICAL

Nom et coordonnées du médecin généraliste traitant :

.....
.....

Noms, spécialités et coordonnées des autres médecins actifs dans la prise en charge médicale :

1.
2.
3.
4.
5.

BIOMETRIE

Taille :

Poids :

Groupe sanguin et rhésus :

ANTECEDENTS PERSONNELS

Hospitalisations (avec les dates, lieux et motifs)

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

Allergies

.....
.....

Troubles

Digestifs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Cardiaques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Respiratoires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Du sommeil	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Infectieux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Neurologiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Epileptique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Type :

Fréquence :

Alimentaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
De l'élimination	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sensoriels	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autre(s)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Le(s)quel(s) :

.....

Pour les femmes, présence de règles oui non

*Merci de renseigner le gynécologue
dans les spécialités*

Régulières ?

Particularités :

.....

Contraceptif :

Vaccinations

Tétanos : oui - non – date du dernier rappel :

Grippe : oui - non – date du dernier rappel :

ROR : oui - non – date du dernier rappel :

Méningite : oui - non – date du dernier rappel :

Autre(s) : oui - non – lequel : - date du dernier rappel :

Traitement :

NOM	DOSAGE	Matin	Midi	16h	Soir
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SANTE MENTALE

Eléments de santé mentale à transmettre au psychiatre de l'institution ? Evolution de la maladie, essais thérapeutiques...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SEXUALITE

.....

.....

.....



VOLET EDUCATIF

TRAITS DE PERSONNALITE & ELEMENTS PSYCHOLOGIQUES

Décrivez en quelques lignes les composantes de la personnalité de la personne.

Exemples : collaboration, opposition, seuil de frustration, tolérance au changement, intégration, place dans un groupe, agressivité physique et verbale, anxiété, culpabilité, recherche de contacts, conscience du danger...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMUNICATION & LANGAGE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SITUATIONS A EVITER, ANXIOGENES & REPERES EDUCATIFS POUR LES DEPASSER

Décrivez en quelques lignes les situations anxiogènes et les moyens éducatifs qui peuvent aider la personne.

Exemples : changement de planning d'activités, repères spatio-temporels, présence éducative, référence éducative...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMPORTEMENTS A RISQUES

.....

.....

.....

PRISE EN CHARGE EDUCATIVE QUOTIDIENNE - AUTONOMIE

HYGIENE

	Seul(e)	Avec aide	Dépendant(e) d'autrui
Se lave à l'évier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise le savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rince	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'essuie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait sa toilette intime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déshabille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lace ses chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rend à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'essuie à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

.....

.....

DEPLACEMENTS

	Seul(e)	Avec aide	Dépendant(e) d'autrui
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Franchit une marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace sur terrain irrégulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repère à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repère à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A conscience du danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respecte le code de la route	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adopte un comportement adéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques :		

.....
.....

COUCHER, NUIT, LEVER

	Seul(e)	Avec aide	Dépendant(e) d'autrui
Se lève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se couche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'endort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques :		
(rites et habitudes, réveils ou levers nocturnes...)		

.....

LOISIRS, ACTIVITES, OCCUPATIONS, HOBBY, CENTRES D'INTERET & SOURCES DE PLAISIR

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

REPAS

	Seul(e)	Avec aide	Dépendant(e) d'autrui
Utilise une fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise un couteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise une cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupe sa viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sert à boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beurre sa tartine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dresse la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Débarrasse la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait la vaisselle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

.....

ACQUIS

	Seul(e)	Avec aide	Dépendant(e) d'autrui
Compte, calcule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repère dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repère dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se concentre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Applique une consigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

.....



DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS D'ADMISSION

Carte d'identité

N° :

Validité :

Admission aide sociale

Coordonnées (personne de référence, adresse, téléphone et email) :

.....

.....

N° de dossier :

Validité :

CAF

Coordonnées (personne de référence, adresse, téléphone et email) :

.....

.....

N° de dossier :

AAH, AES, ALS... :

CPAM

Coordonnées (personne de référence, adresse, téléphone et email) :

.....

.....

N° de sécurité sociale :

Validité :

100% : oui - non

CMU

Coordonnées (personne de référence, adresse, téléphone et email) :

.....
.....

N° de dossier :

Validité :

Mutuelle complémentaire

Coordonnées (personne de référence, adresse, téléphone et email) :

.....
.....

N° de dossier :

Validité :

CDAPH – MDPH

Coordonnées (personne de référence, adresse, téléphone et email) :

.....
.....

N° de dossier :

Validité :

N'hésitez pas à joindre rapports et synthèses, anciens et récents

Merci pour votre collaboration

—

Document à envoyer à :



2, Place de la Résistance
7331 BAUDOUR - BELGIQUE

—

Téléphone : +32 65 476 467 - Email : direction@residencelaprevote.be - www.residencelaprevote.be