

## DOSSIER D'ADMISSION

La personne réceptionnant ces documents est soumise au secret professionnel

A faxer au  
00 32 65 82 52 83

À envoyer par mail à l'adresse [admission@lacanopee.be](mailto:admission@lacanopee.be)

Ou à renvoyer par courrier postal à :

*La Canopée*

Foyer d'Accueil Médicalisé/Maison d'Accueil Spécialisé  
257, rue Emile Vandervelde  
B-7390 Quaregnon

### Renseignements administratifs

#### CANDIDAT

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Célibataire - Marié - Divorcé - Séparé - Pacsé - Veuf (Biffez les mentions inutiles)

#### RESPONSABLE LEGAL

NOM : .....

PRENOM : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

**Membres de la famille (ou des personnes à contacter)**

NOM/Prénom : .....

Lien (parents-frère/sœur-famille-ami(e)) : .....

Adresse : .....

NOM/Prénom : .....

Lien (parents-frère/sœur-famille-ami(e)) : .....

Adresse : .....

NOM/Prénom : .....

Lien (parents-frère/sœur-famille-ami(e)) : .....

Adresse : .....

NOM/Prénom : .....

Lien (parents-frère/sœur-famille-ami(e)) : .....

Adresse : .....



*La Canopée*

(F.A.M.-M.A.S.)  
BELGIQUE

## Renseignements sociaux

- Coordonnées des assistants sociaux ayant collaborés pour le suivi du dossier d'admission :

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

- Numéro de Sécurité Sociale du Candidat :

.....

- Prise en charge (ALD : Affection Longue Durée) valable jusqu'au :

.....

- Caisse Primaire d'Assurance Maladie :

Adresse : .....

.....

Nom et Prénom de l'assuré : .....

Numéro d'Adhérent : .....

- Caisse ou Organisme de Mutuelle Complémentaire :

Valable du / / au / /

Numéro d'adhérent : .....

- Notification MDPH :

Orientation :  FO  FAM  MAS

Valable du / / au / /

- Notification de l'Aide Sociale :

Valable du / / au / /

- Titulaire d'une carte d'invalidité :

Pourcentage : .....

Mentions : .....

3

## Renseignements comportementaux

- En famille du / / au / /
- En famille d'accueil du / / au / /
- En établissement :

Lieu : ..... du / / au / /  
Lieu : ..... du / / au / /  
Lieu : ..... du / / au / /  
Lieu : ..... du / / au / /

### Des capacités

#### **Alimentation**

- s'alimente seul
- s'alimente s'il est stimulé
- s'alimente avec une aide partielle
- s'alimente avec une aide totale

#### **Type d'alimentation**

- normale
- régime : (à préciser) : .....
- hachée
- mixée
- avec sonde
- aime : .....
- n'aime pas : .....

#### **Locomotion**

- Se lève et se couche :
- seul
  - avec aide
  - ne peut être levé

4

## **Marche**

seul  
avec aide au bras  
avec déambulateur  
avec une canne  
avec fauteuil roulant

## **Sommeil**

ne présente aucun trouble du sommeil  
troubles du sommeil ponctuels et circonstanciés  
présente des troubles du sommeil manifestes et réguliers

## **Toilette**

Se lave :

seul  
doit être stimulé  
avec aide partielle  
avec aide totale

## **Continence urinaire**

Complète  
Sur sollicitation  
Incontinence occasionnelle  
Aucun contrôle

## **Continence fécale**

complète  
sur sollicitation  
incontinence occasionnelle  
aucun contrôle

## **Communication verbale**

s'exprime facilement  
s'exprime avec stimulation  
s'exprime difficilement  
ne s'exprime pas

## Compréhension

- comprend facilement
- comprend avec stimulation
- comprend difficilement
- ne comprend pas, mêmes les consignes simples

## Compréhension non verbale

L'écriture :

- écrit facilement
- écrit avec stimulation
- écrit difficilement

## Comportements inadéquats

### Agressivité

La personne présente-t-elle des comportements d'agressivité

oui    non

Si oui préciser l'intensité sur une échelle de 1 à 5 (1 très faible, 5 très grande)

Auto-agressivité

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Agressivité verbale

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Hétéro-agressivité

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Agressivité envers les autres

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Autres précisions éventuelles (description des comportements agressifs, les éléments déclencheurs, les indications afin de pouvoir gérer au mieux ces comportements, etc, ... ) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Sexualité

La personne présente-t-elle des comportements inadéquats

oui      non

Si oui, cochez la ou les cases correspondantes

utilise un langage obscène

se masturbe en public

tente ou fait des attouchements à caractère sexuel sur d'autres personnes

accepte les avances sexuelles, sans égard au partenaire ou à la situation

tente d'avoir ou provoque des relations sexuelles avec des partenaires non consentants

Autres comportements sexuels inadéquats :

Précisez :

.....

.....

.....

.....

## Fugues

La personne est-elle sujette à des fugues

oui      non

Si oui, cochez les cases correspondantes

fugues involontaires (errances)

fugues délibérées

retours spontanés

risques importants de mise en danger lors de la fugue

## Renseignements médicaux

### A joindre sous pli cacheté

#### Patient

NOM : .....

Prénom : .....

Taille : .....

Poids : .....

Groupe sanguin : .....

#### Diagnostic principal :

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

#### Origine du handicap :

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

#### Affections particulières : (\*)

Hépatite A

Hépatite B

Hépatite C

HIV

Autre

Si autre à préciser :

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

(\*) joindre un bilan daté d'un maximum de 6 mois



Déficiences

**(joindre une copie des compte-rendu et des feuilles de traitement)**

Déficience intellectuelle et/ou troubles du psychisme et/ou du comportement :

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

Allergies

.....  
.....

Hospitalisations

<u>Dates</u>	<u>Lieux</u>	<u>Objet</u>

Vaccinations

<u>TYPES</u>	<u>Date du dernier rappel</u>



*La Canopée*

(F.A.M. - M.A.S.)  
BELGIQUE

## Documents et trousseau à fournir

### Documents administratifs

#### **Documents relatifs aux données administratives :**

une orientation MDPH  
la carte européenne délivrée par la Sécurité Sociale  
une copie du jugement de tutelle  
la carte vitale  
les documents de mutuelle  
l'attestation de Sécurité Sociale  
l'accord du Département pour la prise en charge des frais de séjour  
l'attestation de l'Allocation Adulte Handicapé  
4 photos d'identité récente

#### **Documents relatifs aux données médicales :**

un bilan sanguin récent  
un bilan dentaire et médical de moins de 12 mois  
un rapport psychiatrique de moins de 12 mois  
une prescription médicale sur laquelle figure l'ensemble des médicaments prescrits pour le patient qui sera envoyée à notre pharmacie  
les médicaments pour 15 jours  
le carnet de santé

#### **Documents relatifs aux données socio-éducatives :**

un rapport de comportement récent

Une convention entre la Canopée et le représentant légal de la personne accueillie sera envoyée au représentant légal avant l'entrée du résident et devra être retournée complétée et signée au plus tard le jour de l'entrée du résident.

Cette convention sera rédigée en double exemplaires, l'une est destinée au représentant légal et la seconde sera conservée dans le dossier administratif du résident.

## Trousseau à fournir lors de l'arrivée

<u>Vêtements</u>	<u>Quantité</u>
Paire de chaussure de ville	1
Paire de basket ou de chaussure de marche	1
Paire de pantoufle	1
Pyjamas d'été	5
Pyjamas d'hiver	5
Serviettes de bain +gants de toilette	4
Chaussettes	Un maximum
Pantalons pour les hommes	10
Pantalons pour les femmes	5
Robes/jupes	5
Shorts	4
Culottes/slips	10
Soutien-gorge	Un maximum
Chemisettes	10
Maillot	2
Bonnet de bain	1
Pulls (été et hiver)	10
Manteau	1 été, 1 hiver
Chapeau/casquette	1
Écharpe, bonnet, gants	1
Sac de voyage	1
Petit sac à dos	1

12