

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

Ou à renvoyer par courrier postal à :

La Canopée - Centre Administratif

Foyer d'Accueil Médicalisé/Maison d'Accueil Spécialisé
19, Place des Hautchamps
7322 Pommeroeul - Belgique

Renseignements administratifs

CANDIDAT

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

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

RESPONSABLE LEGAL

Association Tutélaire :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Mail :

Membres de la famille (ou des personnes à contacter)

NOM/Prénom :

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

Adresse :

N° de téléphone/GSM :

NOM/Prénom :

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

Adresse :

N° de téléphone/GSM :

NOM/Prénom :

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

Adresse :

N° de téléphone/GSM :

NOM/Prénom :

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

Adresse :

N° de téléphone/GSM :

La Canopée

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

Renseignements sociaux

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

NOM :

Prénom :

N°téléphone :

Mail :

▪ 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 : FAM MAS

Valable du / / au / /

▪ Notification de l'Aide Sociale :

Valable du / / au / /

Adresse du domicile de secours (indispensable) :

.....

▪ Titulaire d'une carte d'invalidité :

Pourcentage :

Mentions :

▪ Carte d'identité/titre de séjour (à préciser) :

N° :

Date de fin de validité :

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

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
---	---	---	---	---

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

Est-ce que le candidat est fumeur ?

oui non

Consommation par jour :

Gérée seul(e) ou par l'équipe ?

Renseignements médicaux

A joindre sous pli cacheté

Patient

NOM :

Prénom :

Taille :

Poids :

Groupe sanguin :

Diagnostic principal/motif d'admission :

.....
.....

Maladies intercurrentes :

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

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

Vaccinations

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

Date :

NOM du médecin :

Signature du médecin :



La Canopée

(F.A.M. - M.A.3)
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'accord de prise en charge délivré par la CPAM d'affiliation
- 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 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 triple exemplaires, l'une est destinée au représentant légal, la seconde sera conservée dans le dossier administratif du résident et la troisième sera conservée dans le dossier pédagogique 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