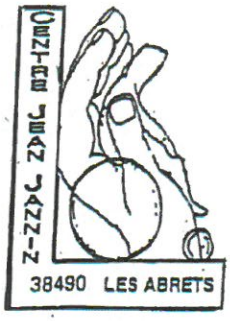

DOSSIER DE CANDIDATURE FAM

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE JEAN JANNIN

1 Bis Chemin du Morand 38490 LES ABRETS EN DAUPHINE

Tel : 04 76 32 06 02

Ce dossier est à transmettre par courrier à l'adresse ci-dessus ou par mail à contact@centrejjannin.fr

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : ..... **PRENOMS :** .....

NOM J.F : .....

Date et lieu de naissance : ...../...../..... à .....

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e)

Adresse du demandeur :

.....

.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

@ : .....

Lieu d'hébergement actuel (hôpital, famille, etc...) :

.....

Personne à joindre pour le suivi du dossier (nom, prénom, lien avec le demandeur) :

.....

Adresse : .....

Tel : ..... @ : .....

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Sécurité Sociale :

Nom de la Caisse : .....

Numéro : ...../ .....

Prise en charge à 100% OUI ☐ NON ☐

Date de fin : .....

Mutuelle :

Nom et adresse :

.....

Assurance responsabilité civile :

Nom et adresse :

.....

Décision de la CDAPH :

Orientation FAM obligatoire pour tout dépôt de dossier (joindre justificatifs en cours de validité)

☐ Accueil de jour

☐ Accueil permanent

Prestations accordées :

☐ Carte d'invalidité

☐ Allocation Adulte Handicapé

☐ Prestation de compensation du Handicap

☐ Rente accident du travail

☐ Autre .....

Mesure de protection :

☐ Tutelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Autre : .....

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

NOMS PRENOMS	Coordonnées	Lien de parenté	Situation familiale et professionnelle	Contact (mails, téléphone)

MOTIFS DE LA DEMANDE

Raison médicale ☐ Isolement et/ou solitude ☐

Dépendance psychique ☐ Rapprochement familial ☐

Habitat non adapté ☐ Autres ☐ .....

Expliciter les raisons de la demande :

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

ANAMNESE

Histoire de vie :

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

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

Qualifications et expériences professionnelles :

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

Hébergements et/ou placements antérieurs :

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

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE

Copie de la pièce d'identité

Si mesure de protection, copie du jugement

Copie de la notification d'orientation en FAM de la CDAPH

Si la candidature est retenue, une visite de préadmission sera organisée au FAM et ENSUITE un dossier administratif plus complet vous sera demandé.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (à faire remplir par un médecin)

Nom : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Nom du médecin traitant : ..... Tel : .....

CARACTERISTIQUES

Poids : .....

Taille : .....

Allergies : .....

VACCINATIONS

D.T.P: ..... ROR : .....

Pneumovax: .....

Hépatite B : .....

ETIOLOGIE PRINCIPALE ET DATE DU HANDICAP

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

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

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

DESCRIPTIF CLINIQUE ACTUEL

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

TRAITEMENTS EN COURS ET SOINS QUOTIDIENS

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

AUTONOMIE (à faire remplir par l'équipe soignante, l'infirmière ou la famille)

CAPACITES INTELLECTUELLES	OUI	NON
Orientation dans l'espace		
Se repère dans son lieu de vie	☐	☐
Se repère dans sa chambre	☐	☐
N'a aucun point de repère	☐	☐
Orientation dans le temps		
Se repère dans la journée	☐	☐
Se repère dans la semaine	☐	☐
N'a aucun point de repère	☐	☐
Jugement		
Evalue les situations	☐	☐
Evalue les situations mais nécessite petit conseil	☐	☐
Nécessite d'être fortement conseillé	☐	☐
N'évalue pas les situations/ne reconnaît pas les personnes	☐	☐
Communication		
Verbale	☐	☐
Gestuelle	☐	☐
Autres :		
Lecture	☐	☐

Ecriture :	☐	☐

CAPACITES DE DEPLACEMENT	OUI	NON
Marche Normale seul(e) :	☐	☐

Marche avec soutien : Canne ☐ Déambulateur ☐

Marche avec tierce-personne :	☐	☐
Monter et descendre les escaliers	☐	☐
Prendre un ascenseur	☐	☐
Prendre les transports en commun seul(e)	☐	☐
Fauteuil roulant manuel	☐	☐
Fauteuil roulant par intermittence	☐	☐
Le fait rouler	☐	☐
Fauteuil électrique	☐	☐
Transfert du lit au fauteuil roulant	☐	☐
Transfert du fauteuil aux toilettes	☐	☐

TRANSFERTS	OUI	NON
Se lever du lit	☐	☐
Se mettre seul(e) au lit	☐	☐
Se lever seul(e) d'un fauteuil	☐	☐
Manutention avec appareil	☐	☐

Si oui lequel : .....

ALIMENTATION

Mange seul(e)	☐	☐
Mange avec aide	☐	☐
Alimentation entérale ou parentérale	☐	☐

Si oui préciser : .....

Régime (à préciser) : .....

HYGIENE CORPORELLE

Se lave entièrement	☐	☐
Doit être installé(e) pour la toilette	☐	☐
Doit être aidé partiellement	☐	☐
Dépendance complète, aide totale	☐	☐

HABILLEMENT

S'habille seul(e)	☐	☐
Doit être installé pour s'habiller	☐	☐

Doit être aidé partiellement ou stimulé ou orienté	☐	☐
Dépendance complète, aide totale	☐	☐

CONTINENCE	OUI	NON
Incontinence urinaire le jour	☐	☐
Incontinence urinaire la nuit	☐	☐
Sonde à demeure	☐	☐
Etui pénien	☐	☐
Protection	☐	☐
Incontinence annale le jour	☐	☐
Incontinence annale la nuit	☐	☐

ETAT NEUROPSYCHOLOGIQUE

Fugues	☐	☐
Déambulation	☐	☐
Agressivité	☐	☐
Agitation	☐	☐
Déficience intellectuelle	☐	☐
Troubles psychiques	☐	☐
Suivi psychologique	☐	☐

Si oui lesquels :

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

SOMMEIL

Sommeil spontané	☐	☐
Correct avec prise d'anxiolytiques et neuroleptiques	☐	☐
Agitation	☐	☐
Cris	☐	☐

SOCIALISATION

Relation adaptée avec le personnel	☐	☐
Relation adaptée avec le public accueilli	☐	☐

Si non préciser pourquoi :

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

La personne est-elle capable d'intégrer des règles sociales ?

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

Commentaires sur la sociabilité :

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