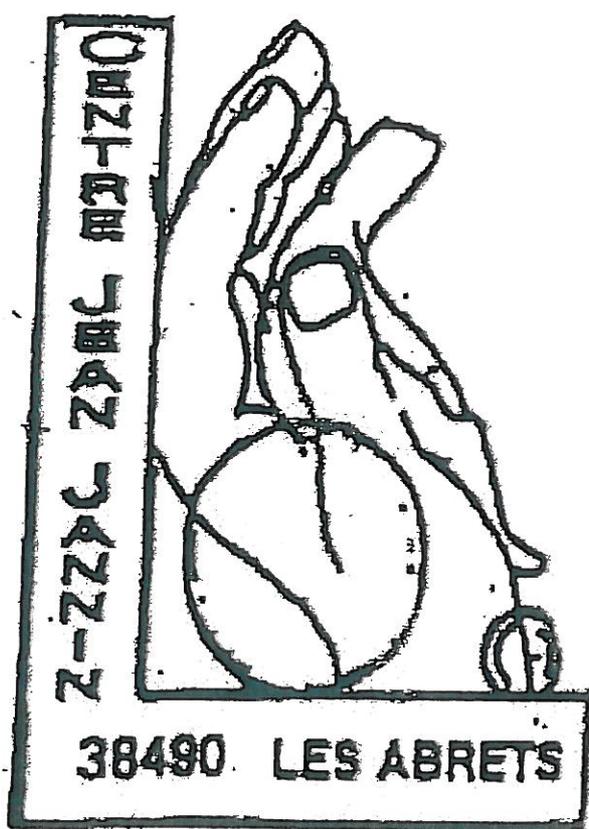


# FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

## CENTRE Jean JANNIN



1 Chemin du Morand – Boîte Postale n°49 – 38490 LES ABRETS

☎ 04.76.32.06.02 - ☎ 04.76.32.19.65

e-mail : [centrejannin@wanadoo.fr](mailto:centrejannin@wanadoo.fr)

Date de dépôt de la demande : .....

Date d'entrée dans l'établissement : .....

Accueil :

- **EXTERNAT**

**INTERNAT**

# DOSSIER D'ENTREE

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



**CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADMISSION**

Pièces justificatives susnommées **à fournir impérativement au moment de l'entrée effective en établissement** (liste à vérifier suivant l'établissement concerné) :

**Attestations diverses** :

- Copie du livret de famille ou carte d'identité pour les célibataires,
- Attestation et Carte VITALE + Attestation 100 % ou A.L.D.,
- Attestation de votre Mutuelle avec nom, adresse et n° adhérent
- Attestation de Responsabilité Civile
- Contrat d'Obsèques

**Justificatifs de ressources** :

- Copies des Relevés de Pensions :
  - A.A.H. : C.A.F. GRENOBLE
  - Invalidité : C.P.A.M. GRENOBLE
  - Autres
- Dernier Avis d'Imposition ou de non Imposition

**Autres documents** :

- Un Relevé d'Identité Bancaire

**Si vous bénéficiez** :

- D'une Allocation Logement : ALS, ALF ou APL :
  - Fournir la Notification de la Caisse d'Allocations Familiales
- Notification d'attribution : ACTP ou PCH
  - Fournir la Notification d'Attribution du Conseil Général ou de la M.D.A.
- D'une mesure officielle de protection des biens (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle) :
  - Fournir le justificatif juridique

## ETAT CIVIL

Nom et prénom : ..... Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : ...../...../..... à : ..... Département : .....

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)

Adresse officielle du domicile :

.....  
.....

Téléphone fixe : .....  
E-mail : .....

Téléphone portable : .....

Lieu d'Hébergement actuel (hôpital, famille, etc) :

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

Téléphone : .....

## REFERENT

Personne à joindre pour le suivi du dossier :

.....

Personne de confiance :

.....

Lien de parenté :

.....

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

**AUTRES RENSEIGNEMENTS**

La personne handicapée est sous

Tutelle  Curatelle  Sauvegarde

Si mesure de protection, précisez les coordonnées du tuteur ou curateur :  
Nom et adresse :

.....  
.....

Téléphone : .....  
Portable : .....

**MOTIFS DU PLACEMENT**

Raison médicale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Isolement et/ou solitude	<input type="checkbox"/>	Dépendance psychique	<input type="checkbox"/>
Placement actuel insatisfaisant	<input type="checkbox"/>	Rapprochement familial	<input type="checkbox"/>
Habitat non adapté	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>

Expliciter les raisons de la demande de placement :

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

## ENVIRONNEMENT

Noms et prénoms

Adresses

Téléphones

### CONJOINT

.....	.....	Domicile	: .....
.....	.....	Travail	: .....
.....	.....	Portable	: .....

### ENFANTS Nombre

1/ .....	.....	Domicile	: .....
.....	.....	Travail	: .....
.....	.....	Portable	: .....

2/ .....	.....	Domicile	: .....
.....	.....	Travail	: .....
.....	.....	Portable	: .....

3/ .....	.....	Domicile	: .....
.....	.....	Travail	: .....
.....	.....	Portable	: .....

4/ .....	.....	Domicile	: .....
.....	.....	Travail	: .....
.....	.....	Portable	: .....

5/ .....	.....	Domicile	: .....
.....	.....	Travail	: .....
.....	.....	Portable	: .....

### AUTRES

1/ .....	.....	Domicile	: .....
.....	.....	Travail	: .....
Lien de parenté : .....	.....	Portable	: .....

2/ .....	.....	Domicile	: .....
.....	.....	Travail	: .....
Lien de parenté : .....	.....	Portable	: .....

**ASSURANCES**

**SECURITE SOCIALE**

Nom de la caisse et adresse du Centre payeur :  
.....  
.....

N° Sécurité Sociale :     

Prise en charge Sécurité Sociale	80 %	<input type="text"/>	100 %	<input type="text"/>	Affection Longue Durée	<input type="text"/>
-------------------------------------	------	----------------------	-------	----------------------	---------------------------	----------------------

**MUTUELLE**

Nom et adresse :  
.....  
.....  
..... Téléphone : .....

**RESPONSABILITE CIVILE**

Nom et adresse :  
.....  
.....  
..... Téléphone : .....

**CONTRAT D'OBSEQUES**

Nom et adresse :  
.....  
.....  
..... Téléphone : .....

Date de dépôt de la demande : .....

Date d'entrée dans l'établissement : .....

Accueil :

- **EXTERNAT**

**INTERNAT**

# DOSSIER D'ENTREE

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



# FICHE MEDICALE D'ENTREE

A faire remplir **EXCLUSIVEMENT** par un **MEDECIN** (*sous enveloppe cachetée*)  
(Médecin Généraliste, Spécialiste ou Hospitalier)

**NOM** : ..... **PRENOM** : .....

Adresse :  
.....  
.....

Date de naissance : ..... Sexe : féminin  masculin

N° de sécurité sociale : .....

---

## NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Adresse : .....  
☎ Cabinet : ..... Portable : .....

---

Structure d'accueil actuelle :

- Nom de l'établissement : .....
- Adresse : .....
- ☎ Téléphone : .....

Si hospitalisation actuelle :

- Nom du centre hospitalier : .....
- Nom du service : .....
- Nom du médecin : .....

---

## CARACTERISTIQUES :

Poids : .....  
Taille : .....  
Allergies : .....  
.....

**VACCINATIONS :**

- D.T.P.
- Pneumovax
- Hépatite

---

---

**ETIOLOGIE PRINCIPALE ET DATE DU HANDICAP :**

.....

.....

.....

**ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX : (à développer) :**

.....

.....

.....

.....

---

---

**CONTEXTE CLINIQUE :** (éléments à prendre en compte pour l'entrée en établissement)

Cardio-vasculaire : .....

Ostéo-articulaire : .....

Pulmonaire : .....

Neuromusculaire : .....

Digestif : .....

Cutané : .....

Urologique : .....

**ETAT NEUROPSYCHOLOGIQUE :**

	OUI	NON
- Fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Troubles psychiques (délires,....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Suivi psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui lesquels :		
-		
-		
-		
-		

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

**PROTHESES**

	OUI	NON
- Prothèse de membre inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prothèse de membre supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prothèse(s) auditive(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prothèse(s) dentaire(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prothèse(s) oculaire(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AIDES TECHNIQUES POUR LE DEPLACEMENT**

	OUI	NON
- Fauteuil roulant		
* manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





<b>FICHE D'AUTOMONIE</b>
--------------------------

*Document à faire remplir par l'équipe soignante, l'infirmière ou la famille*  
+  
*Commentaires éventuels du médecin de famille*

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

Date de naissance : .....

Adresse :

.....  
.....

**CAPACITES INTELLECTUELLES**

☞ **Orientation dans l'espace**

**OUI**

**NON**

Se repère dans son lieu de vie



Se repère dans sa chambre



N'a aucun point de repère



☞ **Orientation dans le temps**

**OUI**

**NON**

Se repère dans la journée



Se repère dans la semaine



N'a aucun point de repère



☞ **Jugement**

**OUI**

**NON**

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 :

**OUI**

**NON**

- Verbale
- Gestuelle
- Autres : si oui préciser
- Lecture
- Ecriture



## CAPACITES DE DEPLACEMENT

<b>☞ Marche normale seul(e)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>☞ Marche avec soutien</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>☞ Marche avec tierce-personne</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>☞ Fauteuil roulant</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>☞ Fauteuil électrique</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>☞ Fauteuil roulant</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Fauteuil roulant par intermittence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait rouler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert du lit au fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert du fauteuil aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>☞ Monter et descendre les escaliers</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>☞ Prendre un ascenseur</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>☞ Prendre les transports en commun seul(e)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TRANSFERTS

<input type="checkbox"/> Se lever seul(e) du lit	OUI	NON
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Se mettre seul(e) au lit	OUI	NON
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Se lever seul(e) d'un fauteuil	OUI	NON
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Manutention avec appareil	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ALIMENTATION

<input type="checkbox"/> Mange seul(e)	OUI	NON
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mange avec aide	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alimentation entérale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Régime : si oui préciser :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## HYGIENE CORPORELLE – HABILLEMENT

<input type="checkbox"/> Hygiène corporelle	OUI	NON
Se lave entièrement	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doit être installé(e) pour la toilette qu'il(elle) fait seul(e)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doit être aidé partiellement (toilette dos ou partie du corps)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dépendance complète, aide totale, stimulation importante	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Habillement	OUI	NON
S'habille entièrement seul	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doit être installé pour s'habiller	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doit être aidé partiellement ou stimulé ou orienté	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dépendance complète, aide totale	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## CONTINENCE VESICALE ET ANALE

### ☞ Incontinence urinaire

OUI

NON

Jour

Nuit

### ☞ Incontinence anale

OUI

NON

Jour

Nuit

- sonde à demeure

- étui pénien

## SOMMEIL

### ☞ Troubles du sommeil

OUI

NON

Sommeil spontané

Correct avec prise d'anxiolytiques ou neuroleptiques

Agitation

Cris

## COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : .....

Nom et qualité de la personne ayant rempli la fiche : .....

Signature :

## GRILLE AUTONOMIE - ETABLISSEMENTS

Date : .....

NOM :

Prénom : .....

**Autonomie :**

**A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement**

**B = fait partiellement**

**C = ne fait pas**

<b>COHERENCE</b>	Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>ORIENTATION</b>	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>TOILETTE</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>HABILLAGE</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>ALIMENTATION</b>	Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre, ouvrir un pot de yaourt	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
	Manger	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>ELIMINATION</b>	Contenance urinaire : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
	Contenance fécale	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>TRANSFERTS</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>

# CERTIFICAT D'ENGAGEMENT

Je soussigné (e)

M. ....

(1) .....

(2) .....

certifie que je m'engage à reprendre :

M. ....

pendant ou à l'issue de la période d'essai au Centre Jean JANNIN – Foyer d'Accueil Médicalisé à LES ABRETS, si celle-ci se révèle un échec par inadaptation institutionnelle ou médicale.

## **ET DANS LE CAS DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES REVELES**

m'engage, si nécessaire, à reprendre la personne handicapée dans mon établissement pour des soins psychiatriques ponctuels pendant la totalité de son hébergement au Centre Jean JANNIN.

Fait à .....

Le .....

*(cachet du Service de l'Etablissement)*

Signature .....

(1) Qualité : Médecin – Chef de Service – Directeur

(2) Adresse administrative du résident

Date de dépôt de la demande : .....

Date d'entrée dans l'établissement : .....

Accueil :

- **EXTERNAT**

**INTERNAT**

# DOSSIER D'ENTREE

## RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES



# DOSSIER PSYCHOLOGIQUE

NOM : ..... Prénom : .....

## I) CIRCONSTANCES DE LA DEMANDE :

Motif de la demande de placement :

.....  
.....

Par qui est-elle demandée :

.....  
.....

La demande d'admission présente t elle un caractère d'urgence :

.....  
.....

Où vie la personne actuellement :

.....  
.....

Le consentement de la personne a-t-il été recueilli ? :

.....  
.....

Nature de l'handicap :

.....  
.....

Causes et circonstances :

.....  
.....

Quels rapports la personne entretient elle avec sa famille ? :

.....  
.....

## II) PERSONNALITE :

### Déficiences intellectuelles :

La personne s'orientait-elle dans le temps ?

Oui  Non  Un peu

La personne s'orientait-elle dans l'espace ?

Oui  Non  Un peu

Trouble de la personnalité :

.....  
.....

Troubles psychiques : (phobies, délires, manies...)

.....  
.....

Communication :

Verbale  Gestuelle  BLISS  Autres

.....  
.....

Comportement :

- au quotidien :

Calme  Agité(e)  Angoissée  Réserve(e)   
Sociable

- lors des sorties extérieures :

.....  
.....

Agressivité :

-verbale :

Oui  Non  Parfois

Si oui dans quelle situation(s) :

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

-Physique:

Oui  Non  Parfois

Si oui dans quelle situation(s) :

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

Violence :

sur sa personne  envers les autres

.....  
.....

### III) ACQUISITIONS :

Scolarité de la personne :

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

Lecture :

Oui  Non  Un peu

Ecriture :

Oui  Non  Un peu

Diplôme(s) obtenus :

.....  
.....

Profession(s) antérieure(s) :

.....  
.....

Parcours de vie :

Placement(s) antérieur(s), Hospitalisation(s), Centre de rééducation...

Dates	Etablissements	Adresses	Externat	Internat

*S'il y a eu un placement antérieur,  
joindre un rapport éducatif et un projet de vie.*

Socialisation :

-Relation avec les autres résidents :

.....  
.....

-Relation avec le personnel:

.....  
.....

La personne est elle capable d'intégrer des règles sociales :

Oui                            Non     

si oui lesquelles :

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

# ACTIVITES A L'ATELIER OCCUPATIONNEL

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Centre Jean JANNIN » propose également une prise en charge au quotidien à l'Atelier Occupationnel reconstruit et restructuré en 2006, avec de nombreuses activités et animations.

Une Equipe Educative compétente vous accueillera et sera à l'écoute de vos besoins et de vos projets.

Pour cela, il faut que nous ayons une idée sur vos centres d'intérêts et nous vous proposons ce petit questionnaire :

ACTIVITES	OUI	NON
CUISINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEINTURE		
TRAVAUX MANUELS (POTERIE, PEINTURE SUR SOIE, CANEVAS, etc....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUX DE SOCIETE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESSIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HANDISPORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JARDINAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PISCINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EQUITATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATELIER BOIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTHETIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMATIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHORALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREPARATION DES REPAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITES EXTERIEURES (CINEMA, SPECTACLE, PIQUE-NIQUE, RESTAURANT, etc....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres :

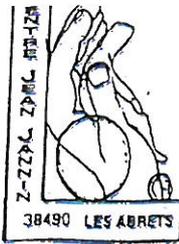
.....

.....

.....

.....

Signature du résident



FORMULAIRE \* DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE  
EN APPLICATION DE LA LOI N°2002-303 du 4 MARS 2002  
RELATIVE AUX DROITS DES MALADES  
(Article L.1111-6 du Code de La Santé Publique)

\* Formulaire à rendre à la personne qui vous l'a remis

CENTRE JEAN JANNIN  
FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE  
Chemin du Morand  
38490 LES ABRETS

Téléphone : 04.76.32.06.02  
Fax : 04.76.32.19.65  
E-Mail : [centrejannin@wanadoo.fr](mailto:centrejannin@wanadoo.fr)

Madame, Mademoiselle, Monsieur

**Vous êtes résident(e) au Centre Jean JANNIN – LES ABRETS.**

*La Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 vous donne la possibilité de désigner une personne de confiance, librement choisie par vous-même dans votre entourage (parent, proche, médecin traitant,...) et en qui vous avez toute confiance pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.*

Je soussigné(e) (Nom – Prénom) .....  
Adresse .....

⇒  souhaite désigner M., Mme, Melle (Nom – Prénom) .....  
Adresse .....

Coordonnées téléphoniques : ☎ .....  
Lien avec le patient : ..... pour m'assister en cas de  
besoin en qualité de personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

J'ai bien noté que M., Mme, Melle .....

- pourra être consulté(e) par l'Equipe du Centre Jean JANNIN au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches au Centre Jean JANNIN et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
- Que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment.

⇒  ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Visa de la personne désignée comme  
personne de confiance

Fait à .....  
Le .....  
Signature

☞ **un double de ce document est à conserver par la personne de confiance.**

CENTRE Jean JANNIN  
FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE  
38490 LES ABRETS

## LORS DE L'ENTREE D'UN RESIDENT

### TROUSSEAU

- 7 Slips
- 7 Tee-shirts
- 2 Polos à manches longues
- 4 Pulls
- 1 Gilet
- 7 Paires de chaussettes
- 1 Anorak
- 4 Pantalons
- 2 Pantalons à taille élastique

### PRODUIT HYGIENE

- 1 Brosse à dents
- 1 Dentifrice
- 1 Verre plastique
- 1 Brosse à cheveux
- 1 Shampoing
- 1 Produit pour la douche
- 1 Eau de cologne