



**FOYER DE VIE
RESIDENCE LOURADOU**

15130 VEZAC

Tél : 04.71.45.62.71

Mail : secretariatlouradou@acapolmet.fr

DOSSIER CANDIDATURE

Nom du candidat(e) :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

.....

Nom et prénom de la personne en charge du dossier :

Qualité :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CAISSE SECURITE SOCIALE

N° immatriculation :

Adresse de la Caisse :

Numéro de téléphone :

Affection de longue durée (ALD) : oui non

Si oui, durée de validité :

Nom du médecin déclaré :

MUTUELLE

N° adhérent :

Adresse :

Numéro de téléphone :

CAISSE ALLOCATIONS FAMILIALES

N° allocataire :

Adresse de la Caisse :

Numéro de téléphone :

Allocation adulte handicapé : oui non

Si oui, montant et validité :

RESPONSABILITE CIVILE (obligatoire) : joindre une attestation

Nom de l'Assureur :N° adhérent :

MDPH (ex COTOREP)

N° dossier :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Date de la décision et validité :

CARTE INVALIDITE oui non

Si oui, numéro et validité :

DOMICILE DE SECOURS (qui identifiera le Conseil Général « payeur » de la partie aide sociale du séjour)

Dernier domicile personnel :

Aide sociale actuellement : oui non

Si oui, nom et adresse du Conseil Général compétent :

.....

MESURE DE PROTECTION oui non en cours

Si oui, nature de la mesure :

Date du jugement et tribunal compétent :

Nom du représentant légal :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Mail :

FAMILLE

oui non

NOM et Prénom du père :.....

Adresse:.....

Numéro de téléphone :.....

NOM et Prénom de la mère :.....

Adresse :.....

Numéro de téléphone :.....

FRATRIE :

Nombre de frères et sœurs :.....

NOMS/ Prénoms et adresses :.....

.....

.....

Autres membres de la famille ou proches :.....

.....

HISTOIRE PERSONNELLE DE LA PERSONNE

La personne a-t-elle vécue son enfance dans sa famille ? oui non

Si non, pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

A-t-elle été placée en famille d'accueil ? oui non

Si oui, préciser la durée

A-t-elle suivi une scolarité ? oui non

Si oui, de quel niveau ?

.....

A-t-elle reçu une formation professionnelle ? oui non

Si oui, de quel niveau ?

.....

A-t-elle été placée en établissements spécialisés ? oui non

Si oui, indiquez leurs noms, adresses et dates :

-
-
-
-
-

Joindre un compte-rendu, si possible.

A-t-elle été hospitalisée en milieu psychiatrique ? oui non

Si oui, indiquez le nom des hôpitaux et la durée des hospitalisations :

-
-
-

AUTONOMIE ET DEPENDANCE

BOIRE ET MANGER

La personne mange ? seule avec une aide partielle avec une aide complète

.....

A-t-elle besoin d'un matériel adapté ? oui non

Si oui, précisez :

Suit-elle un régime ? normal mixé diabétique sans sel autre

.....

Fait-elle des fausses routes ? oui non Troubles de la déglutition ? oui non

.....

La personne présente-t-elle des troubles du comportement alimentaire ? oui non

.....

Que n'aime-t-elle pas manger ?.....

ELIMINER

La personne est-elle incontinente le jour ? au quotidien jamais parfois

La personne est-elle incontinente la nuit ? au quotidien jamais parfois

.....

SE MOUVOIR

La personne se déplace ? seule avec une aide partielle avec une aide complète

.....

Si oui, a-t-elle besoin ? d'une canne d'un déambulateur d'un fauteuil

.....

Faut-il la solliciter pour se déplacer ? oui non

SE VETIR / SE LAVER

La personne fait sa toilette ? seule avec une aide partielle avec une aide complète

Si besoin d'aide, elle doit être guidée ? verbalement par des gestes aidée par un tiers

DORMIR

La personne a un sommeil ? normal léger avec réveil précoce avec somnolence diurne

Vers quelle heure se couche-t-elle habituellement le soir ?.....

A-t-elle des rituels, des habitudes pour s'endormir ?

A-t-elle l'habitude de se réveiller pour aller aux toilettes ? oui non

A-t-elle l'habitude de faire la sieste ? oui non

COMMUNIQUER

La personne porte-t-elle des lunettes ? oui non

La personne porte-t-elle des prothèses auditives ? oui non si oui : droite gauche

Sa communication verbale est ? normale altérée autre

Utilise-t-elle un moyen de communication non verbale ? oui non

La personne sait-elle lire ? oui non

La personne sait-elle écrire ? oui non

Sa compréhension est ? normal limitée autre

Comprend-elle des consignes simples ? oui non

S'exprime-t-elle de façon compréhensible ? oui non

La personne a-t-elle des attitudes particulières dans ses relations avec les autres ?

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

COMPORTEMENT

Le comportement de la personne est plutôt ? adapté coopérant opposant résigné autre

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

Quels sont ses traits de caractère dominants ?

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

Peut-elle rentrer dans la violence physique ? oui non

Est-elle capable de contenir cette violence ? oui non

Si oui, par quels moyens ?

En situation de tension, la personne peut-elle :

- porter atteinte à ses biens ? oui non
- porter atteinte aux biens collectifs ? oui non
- porter atteinte à sa personne ? oui non

.....

La personne est-elle désorientée dans le temps ? oui non

La personne est-elle désorientée dans l'espace ? oui non

A-t-elle tendance à déambuler ? oui non

A-t-elle tendance à fuguer ? oui non

HUMEUR

L'humeur de la personne est plutôt ? stable neutre enjouée fluctuante autre

.....
La personne a-t-elle tendance ? repli sur soi désintéret pleurs autre

A-t-elle besoin de réassurance ? oui non de recherche constante d'attention ? oui non

La personne est-elle en capacité d'exprimer ses émotions ? oui non

Si oui, de quelle façon ?

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

HABITUDES DE VIE

TABAC

La personne fume-t-elle ? oui non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

Gère-t-elle sa consommation seule ? oui non

Si non, un protocole tabac est-il mis en place ? oui non

ARGENT DE POCHE

La personne a-t-elle notion de la valeur de l'argent ? oui non

Gère-t-elle seul son argent de poche ? oui non

Si non, un protocole argent de poche est-il mis en place ? oui non

Précisez les modalités de gestion :

HABITUDES ET RITUELS

La personne a-t-elle des habitudes vestimentaires ? oui non

Si oui, précisez : A-t-elle des rituels ? oui non.....

A-t-elle des coutumes religieuses ? oui non.....

RELATIONS FAMILIALES

La personne a-t-elle des contacts avec sa famille ? oui non

Si oui : par téléphone par courrier séjours en famille

A quelle fréquence ?

Avec quels membres de sa famille ?

LOISIRS

Quelles sont les activités pratiquées par la personne ?

.....

.....

Quelles sont les sports pratiqués par la personne ?

.....

.....

Quels sont les centres d'intérêt de la personne ?

.....

.....

Sait-elle choisir ses activités ? oui non

Est-elle fatigable ? oui non

Peut-elle soutenir son attention de façon prolongée ? oui non

.....

DOSSIER MEDICAL

✓ **Poids**

✓ **Taille**

✓ **Nom et coordonnées du médecin traitant :**

.....

✓ **Nom et coordonnées des médecins spécialistes :**

.....

Raisons de la prise en charge :

✓ **Handicap physique :**

Origine :

Nature :

✓ **Handicap mental :**

Nature :

Est-il congénital ?

Consécutif à un accident, une maladie ?

Si oui, quel degré d'handicap supposé : Léger moyen profond

✓ **Maladies chroniques :**

Asthme BPCO diabète arthrose maladie cardiaque épilepsie

Hypertension artérielle autre :

.....

Si oui, est ce que prise de traitement ? oui non

✓ **Troubles sensoriels** :

Vue audition langage (difficultés légères, difficultés majeures)

Compréhension mémoire autre :

✓ **Troubles neurologiques** : équilibre moteur sensitif

Si oui, précisez :

✓ **Historique de la pathologie** (**à remplir de préférence par un médecin psychiatre**) :

▪ Début et évolution des troubles :

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

▪ L'état psychologique de la personne est-il compatible avec une vie institutionnelle actuellement : oui non

Si oui, quelle est la conduite à tenir proposée pour le maintien en vie institutionnelle :

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

-
- Etat psychiatrique actuel et évolution du traitement

(Joindre la photocopie du dernier traitement)

.....

.....

.....

.....

.....

Signature et cachet du médecin

Documents à joindre à toute demande d'admission
à la Résidence Louradou

- ✓ **NOTIFICATION DE LA MDPH (document obligatoire)**
- ✓ **Copie de la demande de prise en charge des frais d'hébergement au titre de l'aide sociale pour notre établissement (document obligatoire)**
- ✓ Copie de la notification d'AAH et de la carte invalidité
- ✓ Copie de la notification d'aide sociale du département
- ✓ Copie de la pièce d'identité
- ✓ Copie du jugement de mesure de protection judiciaire
- ✓ Photographie récente
- ✓ Copie de l'attestation en responsabilité civile d'assurance
- ✓ Copie de l'attestation sécurité sociale et de la carte mutuelle
- ✓ Ordonnance avec le dernier traitement en cours
- ✓ Carnet de vaccination
- ✓ Bilan biologique
- ✓ Bilans existants : psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne.....
- ✓ Certificat médical du médecin traitant et/ou du médecin psychiatre
- ✓ Rapport ou synthèse de la personne qui effectue la candidature