



**ASSOCIATION POUR L'ANIMATION  
DES FONDATIONS « DOCTEUR GIBERT »**

Association Loi 1901 reconnue d'utilité publique

98, rue du 329ème 76600 LE HAVRE

Tél : 02 35 41 75 91 - Fax : 02 35 42 00 55 - Mail : [lerch.pierre@asso-gibert.net](mailto:lerch.pierre@asso-gibert.net)

Site Web : <http://www.asso-gibert.net>



**FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE « LES HAUTES EAUX »  
SERVICE D'ACCUEIL DE JOUR MEDICALISE**

238, route de Veules

76740 AUTIGNY

Tél : 02.35.57.85.85

Fax : 02.35.57.85.86

Mail : [hautes-eaux@wanadoo.fr](mailto:hautes-eaux@wanadoo.fr)

**DEMANDE D'ADMISSION**

**PARTIE I**

**DOSSIER ADMINISTRATIF**

FAM

SAJM

NOM :

PRENOM :

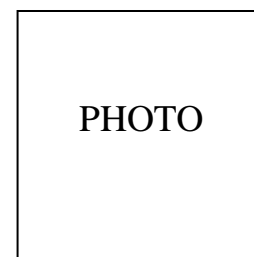
DATE DE NAISSANCE :

*Personnes ayant renseigné le dossier*

NOM :	NOM :	NOM :
Qualité :	Qualité :	Qualité :
Coordonnées téléphoniques :	Coordonnées téléphoniques :	Coordonnées téléphoniques :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**I- IDENTITE**



NOM : \_\_\_\_\_

PRENOMS : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

CELIBATAIRE  MARIE(E)

VEUF  DIVORCE(E)

ADRESSE (dernière domiciliation)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

◆ PROTECTION JURIDIQUE :  OUI  NON

◆ TYPE DE MESURE PRONONCEE :

TUTELLE  CURATELLE  SAUVEGARDE DE JUSTICE

Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

◆ Etes-vous éligible à l'aide sociale  OUI  NON  EN COURS

◆ COORDONNEES DE LA FAMILLE (père, mère, autres...)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Domicile de secours :  OUI  NON

TELEPHONE DOMICILE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEPHONE DOMICILE :

PORTABLE :

◆ FRATRIE

NOM	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE

DEMANDE D'AMMISSION FORMULEE PAR :

FAMILLE  IDENTITE : \_\_\_\_\_

LIEN DE PARENTE : \_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT  NOM DE L'INSTITUTION : \_\_\_\_\_

COORDONNEES TELEPHONIQUES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PERSONNE ELLE-MEME

MANDATAIRE SOCIAL

COORDONNEES TELEPHONIQUES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ELEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Ce document est à remplir par la personne à l'origine de la demande d'admission. Fournir les différents comptes rendus relatifs à l'accompagnement de la personne (Projet d'accompagnement personnalisé, bilan en ergonomie, psychomotricité, kinésithérapie, évaluations psychologiques, ...)

### ◆ PARCOURS DE LA PERSONNE

ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL                      OUI                       NON

ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL                              OUI                       NON

### ◆ ETABLISSEMENTS ANTERIEUREMENT FREQUENTES

IDENTIFICATION ETABLISSEMENT	ADRESSE	DUREE DU SEJOUR

### ◆ AUTONOMIE DE LA PERSONNE

CODIFICATION :	A : Fait seule
	B : A besoin d'une aide partielle
	C : dépendante du professionnel ou de l'aidant familial

→ SOINS D'HYGIENE                       A                       B                       C

→ *ALIMENTATION*                     A                     B                     C

                 SOLIDE                     OUI                     NON

                 HACHEE FIN                     OUI                     NON

                 MIXEE                     OUI                     NON

→ *HYDRATATION*                     A                     B                     C

                 LIQUIDE                     OUI                     NON

                 EAU GELIFIEE                     OUI                     NON

*ELIMINATION URINAIRE ET ANALE*

→ *ELIMINATION URINAIRE*    A                     B                     C

→ *ELIMINATION FECALE*    A                     B                     C

*TRANSFERT (se lever, se coucher, s'asseoir)*

A                     B                     C

*DEPLACEMENT*

→ *MARCHE*                     A                     B                     C

→ *APPAREILLAGE*                     NON                     OUI                    Lesquels :

*TROUBLES DU SOMMEIL*    NON                     OUI                    Lesquels :

*CAPACITES D'EXPRESSION ET DE COMPREHENSION*

*CAPACITES D'EXPRESSION*

ACCES AU LANGAGE                     NON                     OUI

UTILISE DES SUPPORTS DE COMMUNICATION                     NON                     OUI

Lesquels : \_\_\_\_\_

*CAPACITES DE COMPREHENSION*

- COMPREND LES CONSIGNES
- COMPREND UNIQUEMENT LES CONSIGNES SIMPLES
- EPROUVE DES DIFFICULTES IMPORTANTES DANS CE DOMAINE

NIVEAU SCOLAIRE

A ACCES A LA LECTURE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A ACCES A L'ECRITURE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

ASPECTS RELATIONNELS

SOCIABLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AFFECTUEUX	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
RECHERCHE L'AUTRE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
S'ISOLE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

TROUBLES DU COMPORTEMENT

PEUT ETRE AGRESSIF	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> VIS-A-VIS DES AUTRES	
	<input type="checkbox"/> VIS-A-VIS DE LUI-MEME	

AU QUOTIDIEN, IL APPARAIT :

CALME	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AGITE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
TRISTE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
REPLIE SUR LUI-MEME	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**DEMANDE D'ADMISSION**

**PARTIE II**

**DOSSIER MEDICAL**

**DOSSIER A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

*Ce dossier devra être adressé sous pli confidentiel au médecin traitant de l'établissement*

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

POIDS : \_\_\_\_\_

TAILLE : \_\_\_\_\_

PATHOLOGIE PRINCIPALE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**◆ COORDONNEES DES MEDECINS EN CHARGE DU SUIVI MEDICAL**

<b>MEDECIN GENERALISTE</b>	
<b>MEDECIN PSYCHIATRE</b>	
<b>CARDIOLOGUE</b>	
<b>DIABETOLOGUE</b>	
<b>CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE</b>	
<b>NEUROLOGUE</b>	



<b>CHIRURGIEN DENTISTE</b>	
<b>OPHTALMOLOGISTE</b>	
<b>GYNECOLOGUE</b>	
<b>AUTRES</b>	

◆ SUIVI PSYCHOLOGIQUE                       OUI                       NON

COORDONNEES DU THERAPEUTE : \_\_\_\_\_

→ FREQUENCES

- RAPPORT  
 LETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

◆ DESCRIPTION DES DEFICIENCES

DEFICIENCE INTELLECTUELLE             LEGERE             MOYENNE             SEVERE

DEFICIENCES MOTRICES                       OUI                       NON

Lesquelles : \_\_\_\_\_

DEFICIENCES SENSORIELLES (surdité, cécité, ...)             OUI             NON

Lesquelles : \_\_\_\_\_

DEFICIENCE DU LANGAGE (aphasie, mutité, ...)             OUI             NON  
ET DE LA PAROLE

Lesquelles : \_\_\_\_\_

DEFICIENCE DE LA FONCTION     OUI             NON

CARDIO-RESPIRATOIRE (assistance respiratoire, trachéotomie, ...)

Lesquelles : \_\_\_\_\_

DEFICIENCE DU SYSTEME IMMUNITAIRE  
ET MALADIES DU SANG

OUI     NON

Lesquelles : \_\_\_\_\_

DEFICIENCE DE LA FONCTION ET DE LA SPHERE DIGESTIVE

COLOSTOMIE     SONDE GASTRIQUE     SONDE JEJUNOGASTRIQUE

DEFICIENCE DE LA FONCTION RENALE ET/OU TROUBLES DE L'ELIMINATION

ENURESIE     ENCOPRESIE     SONDE URINAIRE  
 AUTRES

◆ HOSPITALISATIONS

<i>LIEUX</i>	<i>DUREES</i>	<i>ANNEES</i>

◆ ALLERGIES CONNUES

-
-
-
-
-

◆ SUIVI DES VACCINATIONS

OUI

NON

◆ SUIVI PARAMEDICAL ET REEDUCATIF

KINESITHERAPIE COORDONNEES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORTHOPHONISTE COORDONNEES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PSYCHOMOTRICITE COORDONNEES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ERGOTHERAPIE COORDONNEES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

◆ PRISE EN CHARGE INFIRMIERE

→ PRISE DES MEDICAMENTS

SEUL

AIDE PARTIELLE

AIDE TOTALE

→ PANSEMENTS

OUI

NON

Lesquels : \_\_\_\_\_

→ SOINS D'ESCARRES

OUI

NON

Localisation : \_\_\_\_\_

◆ APPAREILLAGES (fauteuils, chaussures orthopédiques, aides techniques...)

OUI

NON

Lesquels : \_\_\_\_\_

**◆ PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

MANIFESTATION DE LA DOULEUR

Précisez lesquelles : \_\_\_\_\_

---

**◆ TRAITEMENT MEDICAMENTEUX EN COURS :**

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

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'ADMISSION**

- rapports médico-sociaux
- certificats médicaux
- notification MDPH en Foyer d'Accueil Médicalisé
- notification MDPH en Foyer d'Accueil Médicalisé en accueil de jour