

# DOSSIER D'ADMISSION

La personne réceptionnant ces informations est soumise au secret professionnel

A envoyer par mail à l'adresse : [direction@azurebleu.org](mailto:direction@azurebleu.org)

Ou à renvoyer par courrier postal à :

## L'AZURE BLEU

Foyer d'Accueil Médicalisé / Maison d'Accueil Spécialisée

Rue Saint-DONAT, 26

5650 WALCOURT

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CANDIDAT

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Célibataire – Marié – Divorcé – Séparé – Pacsé – Veuf (rayer les mentions inutiles)



## RESPONSABLE LEGAL

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : Rue : .....

CODE POSTAL - VILLE : .....

Numéro de téléphone fixe : .....

Numéro de téléphone portable : .....

Membres de la famille, du tuteur légal (ou personnes à contacter)

NOM/PRENOM : .....

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

Adresse : .....

NOM/PRENOM : .....

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

Adresse : .....

NOM/PRENOM : .....

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

Adresse : .....

NOM/PRENOM : .....

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

Adresse : .....

## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

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

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

Numéro de Sécurité Sociale ou NISS : .....

Prise en charge Affection Longue Durée valable jusqu'au : .....

Caisse Primaire d'Assurance Maladie :

Adresse : .....

Nom et prénom de l'assuré (si différent du candidat) : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Caisse ou Organisme de Mutuelle Complémentaire :

Adresse : .....

Valable du ...../...../..... Au ...../...../.....

Numéro d'adhérent : .....

Notification MDPH :

Orientation : FO  FAM  MAS

Valable du ...../...../..... au ...../...../.....

Notification de l'Aide Sociale :

Valable du ...../...../..... au ...../...../.....

Titulaire d'une carte d'invalidité :

Pourcentage : .....

Mentions : .....

Convention AVIQ : .....

## RENSEIGNEMENTS COMPORTEMENTAUX

- En famille du ...../...../..... Au ...../...../.....
- En établissement :

Lieu : ..... Du ...../...../..... Au ...../...../.....

- En famille d'accueil du ...../...../..... Au ...../...../.....
- Autres : .....

### CAPACITES

#### 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 un 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 FECALE

Complète

Sur sollicitation

Incontinence occasionnelle

Aucun contrôle

### COMMUNICATION VERBALE

S'exprime facilement

S'exprime avec stimulation

S'exprime difficilement

Ne s'exprime pas

### COMPREHENSION

Comprend facilement

Comprend avec stimulation

Comprend difficilement

Ne comprend pas, même les consignes simples

## COMPREHENSION NON VERBALE

L'écriture

- Ecrit facilement
- Ecrit avec stimulation
- Ecrit difficilement

## COMPORTEMENT INADEQUATS

### AGRESSIVITE

La personne présente-t-elle des comportements d'agressivité

- OUI       NON

Si oui, précisez l'intensité sur une échelle de 1 à 5 (1 très faible, 5 très grande agressivité)

Auto-agressivité       Agressivité verbale

Hétéro-agressivité       Agressivité envers les autres

Comportements suicidaires : oui / non

Autres précisions éventuelles (description des comportements agressifs, les éléments déclencheurs, les indications afin de pouvoir gérer au mieux ces comportements, etc, ....) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## SEXUALITE

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-la ou les cases correspondantes :

- Fugues involontaires (errances)
- Fugues délibérées
- Retours spontanés
- Risques importants de mise en danger lors de la fugue



# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A joindre sous pli cacheté à l'intention du Médecin

NOM : .....

PRENOM : .....

TAILLE : .....

POIDS : .....

GROUPE SANGUIN : .....

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :  
.....  
.....  
.....  
.....

ORIGINE DU HANDICAP :  
.....  
.....  
.....  
.....

AFFECTIONS PARTICULIERES : (\*)

- Hépatite A
- Hépatite B
- Hépatite C
- HIV
- COVID
- Autre préciser :

.....  
.....

(\*) joindre un bilan daté d'un maximum de 6 mois

## DEFICIENCES

(joindre une copie des comptes -rendu et des feuilles de traitement)

Déficience intellectuelle et / ou troubles du psychisme et / ou du comportement :  
.....  
.....  
.....  
.....

## ALLERGIES

.....  
.....



## **DOCUMENTS ET TROUSSEAU A 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 d'hébergement en établissement CPAM de la caisse d'origine dont dépend le candidat
- L'attestation de l'Allocation Adulte Handicapé
- 4 photos d'identité récentes

#### **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 pour le patient qui sera envoyée à notre pharmacie
- Les médicaments pour 15 jours, ainsi qu'une ordonnance pour 1 mois
- Le carnet de santé

#### **Documents relatifs aux données socio-éducatives :**

- Un rapport de comportement récent

Une convention entre L'Azuré Bleu 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 double exemplaires, l'une est destinée au représentant légal et la seconde sera conservée dans le dossier administratif du résident.

## Boite à idées pour les familles ou tuteurs : vos suggestions

.....

.....

.....

## TROUSSEAU A FOURNIR LORS DE L'ARRIVEE

VETEMENTS	QUANTITE
Paire de chaussure de ville	1
Paire de basket ou de chaussures de marche	1
Paire de pantoufle	1
Pyjamas d'été	5
Pyjamas d'hiver	5
Serviette de bain + gants de toilette	4
Chaussettes	Un maximum
Pantalons pour les hommes	10
Pantalons pour les femmes	5
Robes et / ou 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
Echarpe, bonnet, gants	1
Sac de voyage	1
Petit sac à dos	1

Prévoir également une trousse de toilette complète : brosse à dents, dentifrice, savon, gel douche, cotons tiges, .....

### **Important** : les modalités d'accueil sont les suivantes > une première période d'essai de trois

mois est mise en place, suivie d'une deuxième de la même durée. Ensuite seulement une évaluation déterminera l'installation définitive ou non de la personne accueillie.

L'hôpital ou foyer nous proposant un résident s'engage à reprendre la personne

si celle-ci met en place des comportements aberrants. Durant les trois premiers mois, sa structure d'origine gardera donc un lit à disposition.

**Le Conseil d'Administration et la Direction**

