



TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE. MERCI DE VOTRE COMPREHENSION

FICHE
PRE-CANDIDATURE
STRUCTURE VIE SOCIALE

ADULTES

NOM:

PRENOM:

N° IMMATRICULATION S.S. : ... / ... / ... / ... / ... / ... / ...

N° MDPH :

N° DOSSIER :
.....
(A remplir par la structure)

NOM Prénom

Adresse

..... Téléphone

Domicile de secours

Avis CDAPH : Foyer d'Accueil Médicalisé NON OUI (si oui, joindre une copie)

1. Date de naissance / / / / Lieu Dept

I – ORIGINE DU HANDICAP
(données fournies par la personne elle-même)

1. Pathologie à l'origine de la demande:

.....

2. S'il s'agit d'un accident
(Date de l'accident et circonstances)

.....

.....

3. S'il s'agit d'une maladie
(Date du diagnostic)

1. maladie évolutive

2. non évolutive

4. Pathologies associées

Très rarement, il arrive qu'existe un cumul de causes de handicap : précisez-les

.....

.....

.....

.....

.....

III – DEFICIENCES MOTRICES

11. Déficiences de la motilité volontaire des membres :

- | | | |
|---|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> des quatre membres | 3. <input type="checkbox"/> d'un seul membre inférieur | 5. <input type="checkbox"/> des deux membres inf. & d'un membre sup. |
| 2. <input type="checkbox"/> des membres inf. et sup. du même côté | 4. <input type="checkbox"/> des deux membres inférieurs | 6. <input type="checkbox"/> d'un ou deux membre(s) supérieur(s) |

12. Absence de tout ou partie d'un ou plusieurs membres : 1. OUI 2. NON

Observations :

.....

.....

13. Déficience de l'équilibre, troubles de l'équilibre

.....

.....

.....

14. trouble de la coordination supérieur

.....

.....

.....

IV – DEFICIENCES ASSOCIEES

15. Déficience de l'élocution et/ou de la phonation (dysantrie) 1. OUI 2. NON

16. Acuité visuelle : 1. aveugle 2. malvoyant 3. pas de trouble 4. indéterminé (ou non évaluable)

17. Acuité auditive : 1. sourd 2. malentendant 3. pas de trouble 4. indéterminé (ou non évaluable)

18. Déficiences intellectuelles 1. oui 2. non 3. Donnée inconnue

19. Troubles du comportement 1. oui 2. non 3. Donnée inconnue

20. Troubles de la déglutition 1. oui 2. non 3. Donnée inconnue

- * Texture : normale ou adaptée,
- * Alimentation : normale ou adaptée,
- * Hydratation : eau normale, pétillante, gélifiée

V – DEPENDANCE – CAPACITES/INCAPACITES AIDES TECHNIQUES - APPAREILLAGE

21. Aide humaine (habituellement nécessaire) :

- **Activité impossible = aide totale**
- **Supervision, incitation = aide partielle**

ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE	AIDE HUMAINE	OBSERVATIONS
1. Transferts a. Lever (exemple : passer du lit au fauteuil roulant) b. Coucher c. Bain ou douche d. W.C. e. Autres	1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> minime 3. <input type="checkbox"/> importante 4. <input type="checkbox"/> totale 1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale 1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale 1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale 1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale	
2. Toilette a. Soins d'apparence (visage, dents, coiffure, rasage) b. Toilette du corps	1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale 1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale	
3. Habillage/déshabillage (dont mise en place et retrait des appareils)	1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale	
4. Repas a. Préparation (servir, couper...) b. Prise	1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale 1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale	
5. Déplacement Intérieur a. Déplacement sur sol plat b. Monter les escaliers c. Si ne marche pas, propulse un fauteuil	1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> minime 3. <input type="checkbox"/> importante 4. <input type="checkbox"/> totale 1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale 1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale	
6. Soins urinaires/Intestinaux a. Aide à la miction/aide pour incontinence (sonde, change...) b. Aide pour aller à la selle (hors transfert) (doigtier, change...)	1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale 1. <input type="checkbox"/> sans 2. <input type="checkbox"/> partielle 3. <input type="checkbox"/> totale	

22. Appareillage :

1 **OUI** : lequel :

2 **NON**

23. Aides techniques à la communication : laquelle :

24. Moyen de déplacement / déambulation le plus habituel

- | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Aucune aide technique | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 6. Avec un fauteuil roulant électrique | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 2. Avec une ou des cannes | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 7. Avec un tricycle | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 3. Avec déambulateur/rollator | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 8. Autres | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 4. Avec une flèche | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 9. Périmètre de déplacement : | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| 5. Avec un fauteuil roulant manuel | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | | | |

Renseignement complémentaire que vous souhaitez transmettre et qui permet de mieux connaître le candidat

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Questionnaire rempli par :

Nom : **Fonction :**



.....

Questionnaire rempli en présence de la personne handicapée : OUI NON

Signature ou accord du candidat :

Date :

Les informations vous concernant que vous donnez aux travailleurs sociaux que vous rencontrez font l'objet d'un dossier maintenant informatisé auquel vous avez accès sur simple demande. Les informations conservées sont destinées aux seuls services de l'Association des Paralysés de France.
Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'opposition et de rectification.

(Cette fiche de renseignements médicaux est confidentielle, et doit impérativement être remplie par le médecin traitant de l'intéressé)

CERTIFICAT DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM : **Sexe :**

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

NATURE DE LA MALADIE OU ACCIDENT PROVOQUANT L'HANDICAP PHYSIQUE :

Pathologie principale :

Date de début :
Pathologies associées :

HISTOIRE COMPLETE DE LA MALADIE :

Joindre : * les photocopies - des comptes rendus d'hospitalisations
- des différents bilans réalisés
* les radiographies (ou interprétations)

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

TENDANCE EVOLUTIVE :

.....
.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX ET PERSONNEL :

.....
.....

ETAT CLINIQUE ACTUEL :

1. ETAT NEUROLOGIQUE :

Troubles moteurs avec importance :

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

Troubles de la sensibilité : superficielle, profonde (à détailler)

.....
.....

Troubles du tonus/spasticité

.....
.....

Troubles de l'équilibre et de la coordination

.....
.....

Troubles sensoriels : Audition :

Vue :

Crises d'épilepsie :

Si oui : traitement actuel :

.....

2. ETAT ORTHOPEDIQUE :

Raideurs, déformations,... :

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

3. ETAT TROPHIQUE :

Escarres : si oui, localisations :

.....

Etat actuel et traitement :

.....

.....

Moyens de prévention : Matelas :

Coussins :

Autres troubles trophiques :

.....

Port de bas de contention : oui non

3. TROUBLES SPHINCTERIENS

.....

.....

Incontinences anale : permanente accidentelle

Constipation : traitement actuel

Incontinences vésicale :

permanente

accidentelle

Mictions par :

percussions auto-sondages

hétéro-sondages : fréquence

autres :

Utilisation d'un étui pénien : OUI NON

Si oui : système de fixation :

Sonde vésicale à demeure : OUI NON

Si oui : rythme de changement de sonde :

Sonde N° : Quel type :

Lavage de vessie : OUI NON

Si oui : fréquence des lavages :

4. ETAT RESPIRATOIRE

Assistance respiratoire

1. aucune 2. préventive (Bird) 3. substitutive intermittente 4. substitutive permanente

Capacité respiratoire : normale diminuée

Affectation respiratoire chronique :

Trachéotomie : OUI NON

Ventilation : OUI NON

Oxygénothérapie : OUI NON

NB : nous ne disposons pas d'oxygénothérapie murale

Traitement actuel :

5. ETAT CARDIAQUE

Tension artérielle :

Troubles du rythme : OUI NON

Insuffisance cardiaque : OUI NON

Troubles coronariens : OUI NON

Artérites des membres inférieurs : OUI NON

6. TROUBLES DES METABOLISMES

Diabète : OUI NON Insulino-dépendant : OUI NON

Dyslipidémie : OUI NON

Régime spécifique :

Autres :

7. TROUBLES DU LANGAGE, DE LA COMMUNICATION, COGNITIFS

Troubles phasiques :

Troubles d'élocution :

Troubles cognitifs (orientation, attention, mémoire, dysexécutifs-raisonnement-jugement).....

Troubles du comportement

8. ETAT PSYCHIQUE

Normal

Troubles liés au handicap

Troubles indépendants de l'handicap

Séjours en centre spécialisé en psychiatrie : OUI NON

Si oui : dates et lieux :

Diagnostic psychiatrique (joindre photocopies des compte rendus de séjours)

Etat actuel :

Traitement :

NB : le foyer est une structure ouverte sans surveillance des allers-venues des résidents.

ETAT GENERAL

Poids : Taille :

Régime :

Vaccinations :

Groupe sanguin, Rhésus :

TRAITEMENT ACTUEL

MEDICAMENTEUX :

.....
.....

.....
.....
SOINS INFIRMIERS :

Surveillance des constantes, prestation de soins

.....
.....
.....
KINESITHERAPIE :

.....
.....
AUTRES OBSERVATIONS :

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN :

N° de Tél. :

Je soussigné, Docteur

Certifie que M.

ne présente actuellement aucun signe d'affection
contagieuse.

A le

Signature

IMPORTANT :

Prière de joindre sous pli confidentiel à l'intention du médecin de l'Etablissement, le détail des prescriptions
médicales.

FICHE DE LIAISON SOCIALE

NOM :

Prénoms :

(souligner le prénom usuel)

Déjà connu de l'APF depuis * :

Déjà connu d'un service social depuis * : Lequel :

Connu à l'occasion de cette demande* :

VOTRE PROJET : (A remplir par l'intéressé si possible)

.....
.....

Raisons de la demande : les attentes – les besoins – les souhaits :

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

Signature du candidat

(si le dossier n'est pas rempli par le candidat)

Nom, qualité et coordonnées de la personne qui a rempli le dossier :

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

* *razer la mention inutile*

Evaluation de vos besoins en matériel

Date :

Emportez-vous votre matériel pendant votre séjour ?

oui

non

oui

non

* Pour vos déplacements :

Vous marchez sans aide

Vous avez besoin de matériels spécifiques :

Béquille, canne simple, Canne tripode

Déambulateur

Fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant électrique

Autres précisez :

* Pour vos transferts :

vous les faites seul

Précisions :

avec aide humaine

avec aide matérielle

Vous avez besoin de matériels spécifiques :

Disque de transfert

Planche de transfert

Guidon de transfert

Verticalisateur

Lève-personne

si, oui, quelle type de sangle utilisez-vous ?

Hamac (englobante)

Hygiène (passe sous les aisselles)

Taille de la sangle (entourez la taille) : S M L XL

Autres précisez :

* Pour l'élimination :

Vous utilisez les toilettes standards sans adaptation

Vous avez besoin de matériels spécifiques :

Barre d'appui

Chaise percée

Rehausseur de WC

Bassin / pistolet

Autres précisez :

Emportez-vous votre matériel pendant votre séjour ?

	oui	non	oui	non
* Pour votre installation au lit :				
<i>Vous avez besoin de matériels spécifiques :</i>				
Perroquet			Précisions :	
Barrière à droite				
Barrière à gauche				
Matelas anti-escarre : mousse, air, autre (entourez le modèle)				
Positionnement particulier				
Sonnette adaptée			Précisions :	
*Pour votre toilette :				
Vous vous douchez seul			Précisions :	
Vous avez besoin d'aide humaine				
<i>Vous avez besoin de matériels spécifiques :</i>				
Chaise de douche fixe (sans roue)			Précisions :	
Chaise de douche avec petites roues				
Chaise de douche avec grandes roues arrière				
Chaise de douche inclinable				
lit-douche				
* Pour le repas :				
Vous pouvez vous mettre à une table à hauteur standard			Précisions :	
Vous mangez seul				
Vous avez besoin d'aide humaine				
<i>Vous avez besoin de matériels spécifiques :</i>				
Table réglable en hauteur				
Couverts adaptés				
Antidérapant				
Paille				
Gobelet				
Autres précisez :				
Personne à contacter : _____ _____				

A nous transmettre également :

- les prescriptions médicales (ou ordonnances) en cours
- une attestation à jour de la carte vitale,
- une attestation à jour de la mutuelle,
- l'aide sociale ou le récépissé de demande d'aide sociale si elle est en cours,
- la fiche d'évaluation des besoins en matériel ci-jointe.