

Dossier d'admission

I/ RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (concernant l'utilisateur)

NOM et Prénom :

Né(e) le : à :

Nationalité :

Adresse :

N° AVIQ :

Catégorie de handicap :

Handicap(s) associé(s) :

Mutuelle :

Assurance familiale : oui non

Si oui, coordonnées de la société d'assurance :

Vignette de mutuelle (merci de nous en transmettre une)

II/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

	MERE	PERE
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Numéro de téléphone		
Adresse		
<i>Situation familiale</i>		
- Marié(e)		
- Divorcé(e)		
- Séparé(e)		
- Veuf / Veuve		
<i>Situation professionnelle</i>		
- Actif		
- Retraité		
- Demandeur d'emploi		
- Autre		
Si actif, préciser :		
<i>Déplacements :</i>		
Possession du permis B :		
En possession d'un véhicule personnel :		

Fratrie (noms, prénoms, dates de naissance) :

- famille recomposée :

- présence dans la fratrie d'autre(s) enfant(s) handicapé(s) :

Statut juridique :

Majeur :

Mineur :

Mise sous tutelle :

Sous administrateur de biens :

Sous administrateur de la personne :

Si oui, précisez :

Cette admission est demandée par l'utilisateur :	oui	non
Cette admission est souhaitée par un tiers :	oui	non
Cette admission est souhaitée par la famille :	oui	non

IV/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE HANDICAP

Type de handicap :

- déficience motrice :

- déficience mentale :

- déficience sensorielle :

- troubles associés :

Précisions éventuelles :

Troubles et maladies mentales :

- dépression :

- abandonnisme :

- schizophrénie :

- bipolarité :

- borderline :

- T.O.C. :

- Troubles psychotiques :

- Si autre, précisez :

Origine du handicap :

- Périnatale :

- Natale :

- Postnatale :

- Autres :

Précisions éventuelles :

Médecin traitant

NOM :

Adresse :

Tél. :

Fax. :

Médecins spécialistes assurant ou ayant assuré un suivi (y compris psychiatre)

NOM :

Adresse :

Tél. :

Fax. :

Suivi par des services spécialisés (SUSA, C.M.I., Service de transition, etc.) : Oui – Non

Si oui, précisez :

Nom du service :

Coordonnées du service :

Personne(s) de contact :

Objectif(s) du suivi :

VACCINATION

- Hépatite	oui	non	Date :
- BCG (tuberculose)	oui	non	Date :
- DTP (diphtérie-tétanos-polio)	oui	non	Date :

DEPENDANCES

Tabac, drogue	oui	non	Préciser :
Alcool	oui	non	

AUTRES

Allergies	oui	non	Préciser :
Difficultés respiratoires	oui	non	
Diabète	oui	non	
Épilepsie	oui	non	Type : Fréquence :

Maladie cardio-vasculaire	oui	non	
Intervention chirurgicale	oui	non	Nature et date(s) :

Traitement	oui	non	
Est-il géré par l'utilisateur ?	oui	non	

Si oui, comment ?

V/ VIE SOCIALE / SCOLARITE

Historique des situations de prise en charge et/ou d'accompagnement (préciser l'âge à chaque étape) :

Niveau scolaire atteint : _____

Dates : _____

Coordonnées de l'établissement : _____

Établissement(s) fréquenté(s) :

_____	Dates: _____
_____	Dates: _____
_____	Dates: _____

Orientation sexuelle :

Précisez laquelle :

Manifestations sexuelles :

AUTRES

Phobies/peurs/craintes particulières : oui non Si oui, précisez lesquelles :

Comportements problèmes lorsque la personne se retrouve face à cette phobie/peur :

Stratégies d'intervention :

VI/ AUTONOMIE

	Oui	Non	Expliquez :
Aide à la mobilité :			
Aide à l'hygiène personnelle :			
Aide à l'alimentation :			
Aide à la prise de médicaments :			
Pouvez-vous utiliser votre téléphone durant la journée ?			

VIII/ NIVEAU ACQUIS

Savez-vous ?

Lire	oui	non	Ecrire	oui	non
Compter	oui	non	Lire l'heure	oui	non
Faire des opérations	ou	non	Téléphoner	oui	non

VIII/ ACTIVITES

Capacité à travailler debout	oui	non	expliquez :
Tolérance au travail répétitif	oui	non	expliquez :
Rythme de travail continu	oui	non	expliquez :
Rythme de travail discontinu	oui	non	expliquez :
Habilité manuelle	oui	non	expliquez :
Précision de geste	oui	non	expliquez :
Résistance à l'effort	oui	non	expliquez :
Compréhension des consignes	oui	non	expliquez :
Application	oui	non	expliquez :
Prise d'initiative	oui	non	expliquez :
Capacité d'organisation	oui	non	expliquez :
Potentiel sportif	oui	non	expliquez :
Créativité	oui	non	expliquez :

XI/ LOISIRS ET DEPLACEMENTS

Loisirs et activités préférés : _____

XII/ COMPORTEMENT

Calme	oui	non	expliquez :
Inhibé	oui	non	expliquez :
Expansif	oui	non	expliquez :
Risque de violence envers :			
Lui	oui	non	expliquez :
Autrui	oui	non	expliquez :
Objets	oui	non	expliquez :
Préciser :			
Tolérance à la fatigue	oui	non	expliquez :
Tolérance au bruit	oui	non	expliquez :
Tolérance au toucher d'autres personnes	oui	non	expliquez :
Autres comportements déviants	oui	non	expliquez :

Si oui, préciser : _____

Autres comportements problèmes :

Stratégies à mettre en place :

XIII/ SOCIABILITE

A l'extérieur	oui	non	expliquez :
Avec ses camarades (si établissement)	oui	non	expliquez :
Avec l'encadrement (si établissement)	oui	non	expliquez :

BESOINS DE L'USAGER

ATTENTES TELLES QU'EXPRIMÉES PAR L'USAGER :

.....

.....

.....

.....

BESOINS DE L'ENTOURAGE

ATTENTES TELLES QU'EXPRIMÉES PAR L'ENTOURAGE :

.....

.....

.....

.....

Le professionnel ayant rencontré l'utilisateur :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Date :