



DOSSIER D'ADMISSION

- La personne réceptionnant ces documents est soumise au secret professionnel.
 - Envoyer par mail : Direction@maisondaulne.be
Directeur : *Wattiez.G*
 - Ou par courrier postal à : 22, Rue Alexandre Berteaux – 6142 LEERNES – Belgique
 - www.maisondaulne.be
 - Tel : **0032 (0)71.14.35.50**





Documents INDISPENSABLES à fournir (avant admission)

Documents administratifs

- Documents relatifs aux données administratives :
 - une orientation MDPH (validité 9 mois min)
 - la carte européenne délivrée par la Sécurité Sociale (validité 3 mois min.)
 - une copie du jugement de tutelle
 - la carte vitale
 - les documents de mutuelle
 - l'attestation de Sécurité Sociale (validité 3 mois min.)
 - l'accord de prise en charge de séjour*- CPAM d'affiliation de l'assuré
 - l'attestation de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)
 - 4 photos d'identité récente

- Documents relatifs aux données médicales :
 - un bilan sanguin récent + groupe sanguin
 - un bilan dentaire et médical de moins de 6 mois
 - un rapport psychiatrique de moins de 6 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
 - le carnet de santé

- Documents relatifs aux données socio-éducatives :
 - un rapport de comportement récent (voir dossier d'admission complet en annexe)

** La demande de prise en charge des frais de séjour doit être formulée par l'assuré ou son représentant (Tuteur, organisme de tutelle...) et adressée auprès de la CPAM d'affiliation du protégé avec l'appui des documents suivants : Demande écrite de demande de prise en charge par l'assuré ou tuteur ; la décision d'orientation MDPH ; un courrier d'accord de l'établissement choisi prêt à accueillir la personne protégée et un RIB du destinataire (assuré ou tuteur) des règlements pour la mise à jour du fichier de l'assuré de la CPAM d'affiliation.*



Renseignements administratifs

➤ CANDIDAT

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Leu de naissance :

➤ RESPONSABLE LEGAL

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

Email :

➤ Membres de la famille (ou des personnes à contacter)

NOM/Prénom :

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

Adresse :

Num de téléphone :

E-Mail :

NOM/Prénom :

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

Adresse :

Num de téléphone :

E-Mail :



NOM/Prénom :

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

Adresse :

Num de téléphone :

E-Mail :

NOM/Prénom :

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

Adresse :

Num de téléphone :

E-Mail :

➤ Renseignements sociaux

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

✚ Numéro de sécurité social du candidat :
.....

✚ Prise en charge (ALD : affection longue durée) valable jusqu'au :
.....

✚ Caisse primaire d'Assurance Maladie : Adresse :
.....
.....
Nom et prénom de l'assuré :

Numéro d'adhérent :

✚ Caisse ou Organisme de mutuelle Complémentaire : Valable du / / au
/

✚ Notification MDPH : MAS ◊ - FAM ◊

✚ Orientation valable du / / Au / /

✚ Notification de l'aide sociale : / / Au / /

✚ Titulaire d'une carte d'invalidité :
Pourcentage :

Mentions :



➤ Renseignements comportementaux :

✚ En famille du / / Au / /

✚ En familles d'accueil du / / Au / /

✚ En établissement :

Lieu : / / Au / /

Lieu : / / Au / /

Lieu : / / Au / /

Lieu : / / Au / /

Lieu : / / Au / /

➤ 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) :

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

- Haché
- Mixée
- Avec sonde

✚ Aime :


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

✚ N'aime pas :

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



➤ Locomotion :

 Se lève et se couche

- Seul
- Avec aide
- Ne peut être levé

 Marche

- Seul
- Avec aide
- Avec déambulateur
- Avec une canne
- Avec fauteuil roulant

 Sommeil

- Ne présente aucun trouble du sommeil
- Trouble des sommeils ponctuels et circonstanciés
- Trouble des sommeils réguliers

➤ Toilette :

- Se lave
- Seul
- Doit être stimulé
- Avec aide partielle
- Avec aide totale

➤ Précision à ajouter :

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

➤ Continence urinaire

- Complète
- Sur sollicitation
- Incontinence occasionnelle
- Aucun contrôle

➤ Continence fécale

- Complète



- Sur sollicitation
- Incontinence occasionnelle
- Aucun contrôle
 - Communication verbale

- S'exprime facilement
- S'exprime avec stimulation
- S'exprime difficilement
- Ne s'exprime pas

➤ Compréhension

- Comprend facilement
- Comprend avec stimulation
- Comprend difficilement
- Ne comprend pas

➤ Précision à ajouter :

.....

.....

.....

.....

➤ Compréhension non verbale :

- ✚ L'écriture
- Écrit facilement
- Écrit avec stimulation
- Écrit difficilement

- ✚ Comportement inadéquat
- ✚ Agressivité
- ✚ La personne présente t'elle des comportements d'agressivité

- Oui
- Non

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

- ✚ Auto agressivité : 1 2 3 4 5
- ✚ Hétéro agressivité : 1 2 3 4 5
- ✚ Agressivité verbale : 1 2 3 4 5
- ✚ Autres précisions éventuelles (description du comportement agressifs, les éléments déclencheurs, les indications afin de pouvoir gérer au mieux ces comportements, ...) :

.....

.....

.....




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


➤ Sexualité

La personne présente t'elle des comportements inadéquat

- Oui
- Non


 Si oui, cochez la case correspondante :

- 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 sexuel inadéquat :
Précisez :

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

➤ Fugues

 La personne est-elle sujette à des fugues


- Oui
- Non

Si oui, cochez les cases correspondantes

- Fugue involontaire (errances)



- Fugue délibérée
- Retour spontanés
- Risque important de mise en danger lors de la fugue

 Précision à ajouter :

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

➤ **Renseignements médicaux**

A joindre sous pli cacheté

Patient


Nom :

Prénom :


Taille :

Poids :


Groupe sanguin :

 Diagnostic général :

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


 Origine du handicap :

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

 Affections particulières :




- Hépatite A
- Hépatite B
- Hépatite C
- HIV
- Autre

 Si autres à préciser :

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

Joindre un bilan daté d'un maximum de 6 mois

 Déficiences (joindre une copie des comptes rendu et des feuilles de traitements)

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

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

 Allergies

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

 Déficiences

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