

RELATIONS/SITUATION FAMILIALE :

Avez-vous des relations avec votre famille ? Avez-vous un conjoint/ami ? Si oui, merci de noter le nom, l'adresse et le numéro de téléphone ci-dessous.

Pour pouvoir vous accueillir en toute sécurité lors de journées découvertes, veuillez nous indiquer toutes difficultés/spécificités familiales ou amicales ?

ELEMENTS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX :

Numéro de S.S. :

⇒ **TYPE DE DEFICIENCE/PATHOLOGIE** : MENTAL MOTEUR PSYCHIQUE AUTISTIQUE
 AUTRES (merci de préciser) :

Descriptif plus détaillé de la pathologie ou déficience principale (origine, diagnostic s'il y a, caractère chronique ou évolutif, etc.) :

⇒ **SUIVI MEDICAL** :

- Noms et coordonnées à compléter dans la fiche accompagnement
 - GENERALISTE KINESITHEPEUTE
 - OPHTALMOLOGUE ORL
 - CARDIOLOGUE DIABETOLOGUE TYPE :.....
 - NEUROLOGUE GYNECOLOGUE (CONTRACEPTION OUI NON UROLOGUE PSYCHOLOGUE PSYCHIATRE
 - AUTRES (merci de préciser) :

- Equipements spécifiques : OUI NON
 (ex : fauteuil, prothèses auditives etc...)
 Si oui, préciser :

⇒ **TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ET PARTICULARITES :**

- Traitement médicamenteux : OUI NON
- Occurrence : Matin Midi Après-midi Soir Coucher
- Pris seul ou accompagné :
- Allergies : OUI NON Si oui, préciser :
- Régime : OUI NON Si oui, préciser :

PARCOURS SCOLAIRE, PROFESSIONNEL OU/ET INSTITUTIONNEL

PARCOURS : ECOLES, STRUCTURES, AUTRES	
PERIODE DE A	NOM DE L'ETABLISSEMENT

VOTRE DEMANDE :

⇒ **CONTEXTE ET MOTIVATIONS** :

Merci de préciser le contexte et ce qui vous amène à vouloir intégrer ce type de service :

⇒ **VOTRE DEMANDE S'ORIENTE VERS QUEL SERVICE** : (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- LE BOIS MARIE A AIZENAY (PERSONNES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP AVEC OU SANS TROUBLES ASSOCIES)
- LA CHAUMIERE A FONTENAY LE COMTE (PERSONNES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP AVEC OU SANS TROUBLES ASSOCIES)
- LE COTTAGE A ST DENIS LA CHEVASSE (PERSONNES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP AVEC OU SANS TROUBLES ASSOCIES)
- LA MAISONNEE A AIZENAY (UNIQUEMENT DES TRAVAILLEURS ESAT)
- LA VILLA A ST DENIS LA CHEVASSE (JEUNES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP AVEC OU SANS TROUBLES ASSOCIES)

Demande faite le : / /

Signature :

Représentant légal

Candidat à l'entrée

Merci de renvoyer le dossier à l'adresse suivante :

**Fédération ADMR de Vendée
Association des Lieux de Vie
119, boulevard des Etats-Unis
85 000 LA ROCHE SUR YON**

Tél : 02.51.44.37.20

Mail : vmarsaud@admr85.org ou sdeschaises@admr85.org

Documents à fournir :

- **Fiche accompagnement complétée**
- **Synthèse et projet personnalisé en cours**
- **Notifications d'orientations MDPH en cours de validité**
- **Ordonnances en cours**
- **Copie du jugement de protection (curatelle/tutelle)**
- **Copie carte d'identité**
- **Copie vitale**
- **N° à prévenir en cas d'urgence :**

FICHE ACCOMPAGNEMENT LIEU DE VIE

Nom et prénom :

SUIVI MEDICAL ET PARAMEDICAL :

LIBELLE SUIVI	NOM DU SPECIALISTE ET COORDONNEES	OBSERVATIONS (FREQUENCE DES RDV, ...)
. <u>Généraliste</u>		
. <u>Ophtalmologue</u>		
. <u>Dentiste</u>		
. <u>Psychiatre / CMP</u>		
.		

PARTICULARITES : RECOMMANDATIONS D'ACCOMPAGNEMENT

HYGIENE CORPORELLE ET VESTIMENTAIRE :

Se Douche et se lave seul(e) : OUI NON AVEC AIDE / Matin et/ou Soir

S'habille seul(e) : OUI NON AVEC AIDE

Va aux toilettes seul(e) : OUI NON AVEC AIDE

Gère seule son cycle menstruel : OUI NON AVEC AIDE

Encoprésie : OUI NON JOUR ET/OU NUIT

Enurésie : OUI NON JOUR ET/OU NUIT

Particularités / précisions : (ex : accompagnement au choix des vêtements, à la douche...)

REPAS :

Particularités (les goûts et habitudes alimentaires, allergies, régime, couverts adaptés...) :

SOMMEIL - NUIT :

Particularités : (troubles du sommeil, veilleuse...)

ACCOMPAGNEMENT LIE A L'ENTRETIEN DU STUDIO, A LA GESTION DES EFFETS ET LINGE PERSONNELS :

- Participe aux tâches collectives : OUI NON AVEC AIDE
- Peut entretenir son studio (ménage) seul(e) : OUI NON AVEC AIDE
- Gère son linge (plie, lave...) : OUI NON AVEC AIDE
- Gère son argent de poche : OUI NON AVEC AIDE

Particularités, précisions :

AUTONOMIE ET LOISIRS :

- Sait lire : OUI NON
- Sait écrire : OUI NON
- Sait compter : OUI NON
- Sait se déplacer en autonomie à l'extérieur : OUI NON

Activités : (ex : activités de loisirs/sportives, apprécie ou non les sorties/activités extérieures, comportement à l'extérieur...)