

**Candidature pour :**  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

**Sur le site :**  Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges  
 Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aixe / Vienne  
 Etablissement d'Accueil Médicalisé de Feytiat  
 Accueil de Jour de Feytiat  
 Dispositif Liberté, appartements de semi-autonomie de Panazol

**Sommaire**

**Fiche N°1 : Renseignements administratifs**

**Fiche N°2 : Parcours et projets de vie**

**Fiche N°3 : Document Individuel de Prise en Charge**

**Fiche N°4 : Dossier médical**

**FICHE N°1 (1/4)**

**Renseignements administratifs**

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### CANDIDAT(E)

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... N° Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Statut juridique du candidat :

- Aucune protection juridique  
 Curatelle  
 Tutelle  
 Autre : .....

Nom et coordonnées du représentant légal : .....

.....

Date de la décision du juge : .....

.....

**FAMILLE / ENTOURAGE**

Nom et prénom : .....  
Lien avec le candidat : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom et prénom : .....  
Lien avec le candidat : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom et prénom : .....  
Lien avec le candidat : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

Nom et prénom : .....  
Lien avec le candidat : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

Si le (la) candidat (e) est, précédemment à son admission, hébergé(e) en famille d'accueil, préciser :  
Nom de la famille d'accueil : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom et Adresse de la Caisse d'Assurance Maladie : .....

Bénéficie-t-il d'une prise en charge à 100 % au titre de l'ALD (Affection longue durée) ?

OUI NON<sup>1</sup>

Si oui Jusqu'au .....

Nom et Adresse de la mutuelle ou de la Couverture Médicale Universelle (CMU) : .....

N° de dossier MDPH : .....

Domicile de secours de la personne : .....

Notification de la CDAPH :

Date .....

Orientation : .....

Droits jusqu'au.....

Aide Sociale Hébergement :

Date de validité : .....

Avec droits jusqu'au.....

N° carte d'invalidité : ..... Taux : .....

Délivrée le ..... Jusqu'au : .....

Adresse de la Caisse d'Allocations Familiales : .....

N° de l'allocataire : .....

Le candidat bénéficie-t-il de :

- L'Allocation Adultes Handicapées (AAH) OUI NON<sup>1</sup>

Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....

- La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) OUI NON<sup>1</sup>

Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile

**FICHE N°1 (4/4)**  
**Renseignements administratifs**

- L'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP) OUI NON<sup>1</sup>  
Si oui Montant mensuel : ..... Jusqu'au : .....
  
  - D'une pension d'invalidité OUI NON<sup>1</sup>  
Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....
  
  - D'une rente servie par une société d'assurance OUI NON<sup>1</sup>  
Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....
  
  - De l'aide personnalisée au logement (APL) OUI NON<sup>1</sup>  
Si oui montant mensuel .....€ Jusqu'au .....
  
  - Autres ressources, préciser lesquelles et leur montant : .....
- .....

Lieu de vie antérieur du candidat (domicile, établissement spécialisé, accueil temporaire...), adresse et dates d'accueil : .....

.....

.....

.....

.....

Raison(s) de la demande d'admission : .....

.....

.....

.....

Rédigée par : ..... En qualité de .....

A....., le.....

Signature(s) :

 Pôle Adultes Hébergement 87	<b>Dossier de candidature</b>	Processus Admission	
		Version	<b>2022</b>
		Page	<b>5/15</b>

**Candidature pour :**  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

- Sur le site :
- Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges
  - Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aixe / Vienne
  - Foyer de Vie de Feytiat
  - Accueil de Jour de Feytiat
  - Appartements de semi-autonomie de Panazol

## PARCOURS ET PROJETS DE VIE

**FICHE N°2 (1/1)**  
**Parcours et**  
**projets de vie**

**CANDIDAT(E)**

NOM : .....

Prénom : .....

**INFORMATIONS DIVERSES**

Parcours de vie : .....

.....

.....

Motivation et projets : .....

.....

.....

Compétences : .....

.....

.....

Rédigée par : ..... En qualité de .....

A..... , le.....

Signature(s) :

**Candidature pour :**  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

**Sur le site :**  Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges  
 Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aixe / Vienne  
 Etablissement d'Accueil Médicalisé de Feytiat  
 Accueil de Jour de Feytiat  
 Appartements de semi-autonomie de Panazol

## Document Individuel de Prise en Charge (DIPC)

FICHE N°3  
Document Individuel de Prise  
en charge (1/5)

### I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOS CENTRES D'INTERETS

1) Quelles activités aimeriez-vous faire parmi cette liste ?

- Internes :

Activités manuelles  Cuisine  Karaoké  Activités culturelles

Sports adaptés  Relaxation/sophrologie  Massages  Soins esthétiques

Atelier mémoire  Jeux de société

- Externes :

Sorties culturelles - expositions  Cinéma  Shopping

Piscine : sensorialité et relaxation  Sorties estivales  Restaurant

Promenade nature  Sport adapté Handisport

Autres envies ?

.....  
 .....

2) Qu'attendez-vous de ces activités ?

- M'occuper .....
- Me rendre utile.....
- Apprendre.....
- Etre avec les autres .....
- Me faire plaisir .....

## II. COMPETENCES COGNITIVES

- J'ai des troubles de la mémoire.....oui  non
- Je peux écrire .....oui  non
- Je sais lire .....oui  non
- Je gère mon argent ..... oui  non

Remarques : .....

Communication verbale (difficultés, timidité, aides techniques etc.) : .....

.....

.....

## III. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Seul(e)	Avec aide	Remarques
Manger			
Boire			
Se déplacer			
Parler, s'exprimer			
Aller aux toilettes			
Se lever			
Se coucher			
S'asseoir			
Se relever du sol			
Ecrire à la main			
Ecrire à l'ordinateur			
Se tenir assis			
Se tenir debout			
S'orienter dans l'espace			
Se repérer dans le temps			

### 1) Besoins concernant l'alimentation

Allergies alimentaires : .....

.....

Régime alimentaire culturel (sans porc, végétarien etc...) .....

.....

Apport alimentaire :

Normale  Hachée  Mixée  Hypocalorique  Hypercalorique

Apport hydrique :

Normale  Epaisse  Gazéifiée

Temps approximatif du repas : .....

Aide aux repas : Autonome  Aide partielle  Aide totale

Protocoles particuliers pour les repas (installations particulières de l'utilisateur ou du personnel, lieu, isolement ...)

.....

.....

Adaptations particulières pour les repas (tablette, pipette, rebord d'assiette, ...)

.....

.....

Remarques particulières (Goûts, difficulté de déglutition, etc ...)

.....

.....

Prise de traitement médical :

Autonome  Aide partielle  Aide totale

Remarques : .....

**2) Habillage, déshabillage, toilette**

	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Aide technique
Hygiène visage				
Coiffage				
Rasage				
Brossage de dent				
Hygiène du tronc				
Toilette des bras				
Toilette du dos				
Toilette intime				
Toilette membres inférieurs				
Habillage haut du corps				
Habillage bas du corps				
Déshabillage du haut du corps				
Déshabillage du bas du corps				
Chaussures				

Remarques : .....

Selon le type d'accueil, fréquence des douches/bains : .....

Aides techniques (chariot plat, chaise douche) .....

**3) Transferts**

Autonome       Aide partielle       Aide totale

Protocoles particuliers et aides techniques : .....  
 .....  
 .....

**IV. SOMMEIL ET FATIGABILITE**

Dormez-vous bien ? .....oui       non   
 Avez-vous des difficultés d'endormissement ? .....oui       non   
 Faites-vous la sieste ? .....oui       non   
 Etes-vous fatigable ? .....oui       non   
 Avez-vous besoin d'aide pour changer de position ? .....oui       non

Remarques particulières : (sommifères, horaires du coucher, installation, etc...) :  
 .....  
 .....  
 .....

**V. BESOINS CONCERNANT LES DEPLACEMENTS**

1) A l'intérieur :

Autonome	Aide partielle	Aide totale	Aide technique

Remarques particulières :  
 .....  
 .....  
 .....

2) A l'extérieur :

Autonome	Aide partielle	Aide totale	Aide technique

Remarques particulières :  
 .....  
 .....  
 .....

3) Transports utilisés (TCL ; Véhicules établissement...) : .....  
.....  
.....  
.....

**VI. AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES QUE VOUS SOUHAITEZ TRANSMETTRE A L'EQUIPE**

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

Rédigée par : ..... En qualité de .....

A ..... , le .....

Signature(s) :

**Candidature pour :**  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

**Sur le site :**  Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges

Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aixe / Vienne

Etablissement d'Accueil Médicalisé de Feytiat

Accueil de Jour de Feytiat

Dispositif Liberté, appartements de semi-autonomie de Panazol

## DOSSIER MEDICAL

**FICHE N°4 (1/4)  
DOSSIER MEDICAL  
CONFIDENTIEL**

### CANDIDAT(E)

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

N° Téléphone(s) fixe et/ou mobile : .....

Adresse mail : .....

### MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

N° Téléphone(s) fixe et/ou mobile : .....

Adresse mail : .....

### DIAGNOSTIC / PATHOLOGIE

Description du handicap : .....

Troubles associés : .....

.....

Origine du handicap  Congénitale  Maladie  Accident

Acquis depuis : .....



**Troubles neurologiques :**

.....  
.....

**Comitialité**      oui             non

Type de crises    Grand mal    absences    autres : .....

Fréquence : .....

Crises traitées    oui             non

Crises stabilisées    oui depuis quand : .....      non

Prévention, facteurs favorisants et conduite à tenir en cas de crise :

.....  
.....

**Troubles trophiques (escarres, varices...) :**

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

**Déficits sensoriels :**

Visuel : .....

Auditif : .....

Tactile : .....

Sensibilité à la douleur : .....

**Troubles du langage :** .....

.....

**Troubles du métabolisme :**

Diabète            Si oui :  type 1             type 2

Autres .....

**Troubles psychiques :** .....

.....  
.....

**TRAITEMENTS ACTUELS / VACCINS**

Traitements médicamenteux	Matin	Midi	Soir	Coucher

Traitements « si besoin »	Protocole d'administration

Vaccins	Dates injections et rappels

**PRISE EN CHARGE PARA-MEDICALE**

**Kinésithérapie**     oui, nombre de séances par semaine : .....     non

**Soins infirmiers**     oui     non

Si oui, nature des soins et fréquence : .....

.....

**Ergothérapie**     oui, fréquence : .....     non

**Psychologie**     oui, fréquence : .....     non

Autre : .....

.....

Rédigée par : ..... En qualité de .....

A ..... , le .....

Signature(s) :

 Pôle Adultes Hébergement 87	<b>Dossier de candidature</b>	Processus Admission	
		Version	<b>2022</b>
		Page	<b>15/15</b>

**Candidature pour :**  Accueil permanent  Accueil temporaire  Urgence

**Sur le site :**  Etablissement d'Accueil Médicalisé de Limoges  
 Etablissement d'Accueil Médicalisé d'Aixe / Vienne  
 Etablissement d'Accueil Médicalisé de Feytiat  
 Accueil de Jour de Feytiat  
 Dispositif Liberté, appartements de semi-autonomie de Panazol

## Pièces à fournir

Pour toute admission ou accueil temporaire ou accueil d'urgence, le candidat devra fournir :

- Notification MDPH
- Attestation de prise en charge Aide Sociale en cours de validité.
- Ordonnance de mesure de protection
- Responsabilité civile
- Carnet de vaccination
- Ordonnance et protocole médical en cas de comitialité.
- Ordonnance et protocole médical en cas de diabète de type 1 ou 2.
- Ordonnance et protocole médical en cas de troubles trophiques (escarres, varices...)
- Lettre de motivation pour dispositif Liberté