

L'ESPERANDERIE
*Institut Médico-Pédagogique pour personnes profondément
Polyhandicapées & déficientes mentales*

LE BERCAIL
Foyer Occupationnel pour Handicapés

LE GAI SEJOUR
Foyer Occupationnel Agrobiologique pour Handicapés

Dossier n°

FICHE PRELIMINAIRE DE DEMANDE DE PLACEMENT
(Prière de remplir cette fiche très lisiblement et le plus complètement possible)

**

1. COORDONNEES DE LA PERSONNE A HEBERGER

Nom :
Prénom :
Sexe : M/F..... Né(e) :
Lieu de naissance Pays :
Nationalité* :
* Important pour les candidats (hors CEE) de plus de 18 ans qui doivent
OBLIGATOIREMENT bénéficier de la nationalité française pour être admis au Bercaïl ou
au Gai Séjour !
Adresse complète des parents ou du tuteur :
.....
.....
.....

2. SA FAMILLE

PERE

Nom :.....
Prénom
Né le
Profession.....
Employeur (nom & adresse)
.....
Nos de téléphone :Privé :.....
Travail :
Adresse E-mail
Etat de santé :
.....

MERE

Nom :.....
Prénom
Né le
Profession.....
Employeur (nom & adresse)
.....
Nos de téléphone :Privé :.....
Travail :
Adresse E-mail
Etat de santé :
.....

FRATRIE

<u>Nom & Prénom</u>	<u>Né(e) le</u>	<u>Etat de Santé</u>
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		
6.-		
7.-		
8.-		
9.-		
10 -		

SITUATION FAMILIALE :

.....

.....

DOMICILE DE SECOURS :

.....

.....

3. SERVICE SOCIAL QUI SUIV LA FAMILLE

Nom :

Tél. :

Adresse :

.....

4. SON EVENTUEL PLACEMENT CHEZ NOUS

** Quelles sont les raisons qui motivent la demande ?*

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

** Les retours en famille sont-ils possibles ?*

<i>Si oui, à quel rythme ?</i>	- chaque semaine	OUI – NON
	- chaque mois	OUI – NON
	- aux vacances	OUI – NON

5. PLACEMENTS ANTERIEURS

**Indiquez les noms et adresses des établissements fréquentés auparavant soit en internat ou externat en précisant les dates d'entrée et de sortie :*

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

CONFIDENTIEL

FICHE MEDICALE

*** Rappeler ici, l'identité de la personne à héberger :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance.....SEXE : M/F

*** Quelle est la nature du handicap ?**

- Décrivez :
.....
.....

- A-t-il été acquis à la naissance ? OUI – NON

Si non, quand a-t-il débuté ?.....
.....

Quelle en est son origine ?.....
.....
.....

*** L'intéressé(e) est-il (elle) né(e) :**

1) A terme : OUI – NON

2) A-t-il (elle) été cyanosé(e) ? OUI – NON.....

3) Quel était son poids ? Sa taille ?.....

* **Développement moteur** :

- Tient-il (elle) la tête droite ? OUI - NON

Si oui, à quel âge ?

- Tient-il (elle) assis(e) ? OUI – NON.....

Si oui, à quel âge ?

- Marche-t-il (elle) ? OUI – NON

Si oui, à quel âge ?

* **Développement psychique** :

- Sourit-il (elle) ? OUI – NON

Si oui, à quel âge ?

- A quel âge a-t-il (elle) prononcé son premier mot ?

NIVEAU INTELLECTUEL

* L'intéressé(e) présente-t-il (elle) un retard intellectuel ? OUI – NON.....

* Quel est son quotient intellectuel ?.....

- En quelle année a-t-il été déterminé ?.....

- Par qui ?.....

* Est-il (elle) capable de :

- Lire ? OUI – NON.....

- Ecrire ? OUI – NON

- Compter ? OUI – NON

* Quel est son niveau scolaire ?

* A-t-il (elle) reçu une formation professionnelle ? OUI – NON

Si oui, laquelle ?

* Sa compréhension est-elle bonne ? OUI – NON

* Est-il (elle) capable d'exécuter des ordres simples ? OUI – NON

.....

.....

HANDICAP MOTEUR

* Indiquez ci-dessous quelle est l'origine du handicap :

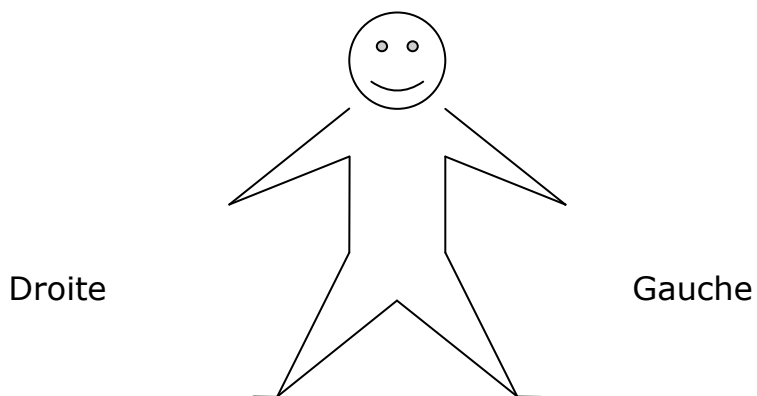
.....

.....

.....

.....

* Hachurez les parties du corps correspondant au handicap :



* S'il (elle) ne marche pas :

- Utilise-t-il (elle) habituellement un fauteuil roulant ?..... OUI – NON

Est-il (elle) capable de le manœuvrer seul(e) ?..... OUI – NON

- Peut-il (elle) tenir sur une chaise ? OUI – NON

- A-t-on été obligé de le (la) lier ?..... OUI – NON

Si oui, dans quelles circonstances ?.....

.....

.....

TROUBLES SENSORIELS

- Voit-il (elle) bien ?..... OUI – NON

- Porte-t-il (elle) des lunettes ? OUI – NON

- Le port est-il permanent ? OUI – NON

- Entend-il (elle) bien ?..... OUI – NON

- Porte-t-il (elle) un appareil auditif ? OUI – NON

** Précisez éventuellement la nature des troubles :

.....

- Parle-t-il (elle) ?

- Normalement OUI – NON

- Avec difficulté..... OUI – NON

- Pas du tout OUI – NON

** Son langage est-il compréhensible ?..... OUI – NON

- A-t-il (elle) des troubles de l'équilibre ?..... OUI – NON

MALADIES CHRONIQUES

* L'intéressé(e) a-t-il (elle) eu des convulsions ? OUI – NON

si oui, à quelle époque ?

- En a-t-il (elle) encore ? OUI – NON

- Comment se manifeste ces crises ?.....

- Indiquez éventuellement le traitement en cours :

.....

* Une épilepsie a-t-elle été constatée ? OUI – NON

si oui, de quel type ?.....

- Est-elle stabilisée ? OUI – NON

- Diabète ?..... OUI – NON

- Maladie cardiaque ? OUI – NON

si oui, précisez

- Maladie pulmonaire..... OUI – NON

si oui, précisez

- Autres maladies chroniques OUI – NON

si oui, précisez

- Suit-il (elle) un régime alimentaire spécial ? OUI – NON

si oui, soyez précis

ALLERGIE(S) OUI – NON

si oui, précisez

.....

MALADIES ANTERIEURES

* Méningite OUI – NON Date :

* Encéphalite OUI – NON Date :

* Autres maladies :

.....

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

* Précisez la nature des opérations subies, la date ainsi que l'établissement où l'intervention a été réalisée :

.....

.....

.....

.....

.....

VACCINATIONS RECUES

* Indiquez la date pour chacune d'entre elles :

- D.T.P. POLIO (tetracoq) OUI – NON

- Polio OUI – NON

- Tétanos OUI – NON

- Hépatite B OUI – NON

- Grippe OUI – NON

- Autres vaccins

.....

.....

ETAT ACTUEL DE L'INTERESSE(E)

* Quel est son poids ?

* Et sa taille ?

* Sa santé est-elle bonne ? OUI – NON

si oui, détaillez

.....

.....

* Bénéficie-t-il (elle) d'une bonne dentition..... OUI – NON

* Est-il (elle) suivi(e) régulièrement par un dentiste ? OUI – NON

- Donnez éventuellement l'adresse et le téléphone du dentiste :

.....

.....

.....

* Reçoit-il (elle) une médication quotidienne ? OUI – NON

si oui, précisez la nature et la dose journalière :

.....

.....

.....

.....

ETAT MENTAL

* Est-il (elle) atteint(e) d'une maladie mentale connue ? OUI – NON

Si oui, donnez toutes les précisions à ce sujet :

.....

.....

RESULTATS D'EXAMENS RECENTS

* Rayons -X- : OUI – NON

si oui, précisez la nature de l'examen, les résultats ainsi que l'établissement qui a réalisé cet (ces) examen(s) :

.....

* A quel groupe sanguin appartient-il (elle) ?

- Dispose-t-il (elle) d'une carte ? OUI – NON

si non, nous vous précisons qu'elle est nécessaire en cas d'entrée chez nous.

* Encéphalogramme : OUI – NON

si oui, précisez la (les) date(s) d'examen, les résultats ainsi que le médecin qui a réalisé l'examen :

.....

* Urines : OUI – NON

* Liquide céphalo-rachidien : OUI – NON

* Examen sanguin : OUI – NON

Nous précisons que nous exigeons à l'entrée, un résultat récent de prise de sang globale avec dosage hépatique (sérologie hépatite B positive précisant : ANTIGENE HBs et ANTICORPS HBc – ANTICORPS HBs) obligatoirement ou anticorps HBS si vaccination. De plus, un certificat médical de non contagion sera exigé également.

COMPORTEMENT ET CARACTERE

* Est-il (elle) conscient(e) de son entourage OUI – NON

* A-t-il (elle) un caractère difficile ? OUI – NON

- plus particulièrement en famille..... OUI – NON

- plus particulièrement en groupe OUI – NON

* Vis-à-vis de lui-même/elle-même :

- est-il (elle) agressif(ve) ? OUI – NON

- est-ce qu'il (elle) s'automutile ?..... OUI – NON

Donnez éventuellement quelques précisions :.....

.....

.....

* Précisez ici toutes observations que vous avez pu faire sur le caractère de l'intéressé(e) :

.....

.....

.....

.....

HABITUDES QUOTIDIENNES

* Aime-t-il (elle) les friandises ? OUI – NON

- Consomme-t-il (elle) des boissons alcoolisées ?..... OUI – NON

* Boit-il (elle) du café quotidiennement ?..... OUI – NON

* Fume-t-il (elle) des cigarettes, pipe ou autres ? OUI – NON

- Précisez la quantité ?

Nous insistons sur le fait qu'il est strictement interdit de fumer dans nos locaux. Cela vaut tant pour nos pensionnaires que pour le personnel occupé et les visiteurs !...

AUTRES RENSEIGNEMENTS

* Est-il (elle) conscient de la valeur de l'argent ? OUI – NON

* A-t-il (elle) l'habitude de gérer seul(e) son argent ? OUI – NON

DIVERS**A. HABITUDES IMPORTANTES**

Exemple : objets familiers indispensables (poupée, peluche, etc.)

Donnez quelques précisions :

.....

B. OCCUPATION(S) FAVORITE(S)

Exemple : couture, tricot, dessin, musique, etc.

Détaillez :

.....

.....

* Quelles sont ses occupations habituelles à la maison ?

Soyez précis :

.....

.....

* Décrivez brièvement son comportement dans son milieu familial et les rapports entretenus avec les parents, frères et sœurs :

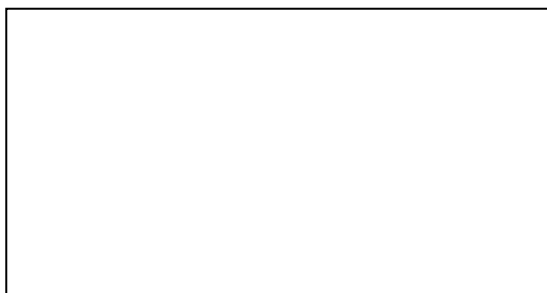
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* Nom et qualité de la personne qui a rempli ce dossier :

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

Date :

SIGNATURE(S),



Cachet de l'établissement

* Par quel moyen avez-vous eu connaissance de nos structures d'accueil ?

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