



Dossier de candidature

NOM Prénom du postulant :

Age : ans

Orientation CDAPH :

- Foyer d'accueil médicalisé
- Foyer de vie
- Demande en cours pour :
 - Foyer d'accueil médicalisé
 - Foyer de vie

Photographie

Emplacement réservé

Dossier reçu le

Unité de vie concernée : FAM Lyre FAM Phénix FV Orion FV Andromède

Suivi de la candidature :

- Dossier visé
- Rencontre de préadmission
- Admissibilité temporaire
- Admissibilité permanente
- Refus d'admission

L'association Maison des Aveugles – Villa Saint-Raphaël se compose de deux établissements : un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et un foyer de vie (FV). Ils sont tous les deux situés dans un même lieu, sur la colline de Fourvière à Lyon.

Les 79 places d'hébergement permanent se partagent entre quatre unités de vie :

- L'unité FAM Lyre accueille 12 résidents déficients visuels présentant des troubles psychiques ;
- L'unité FAM Phénix accueille 17 résidents déficients visuels vieillissants et âgés et peut également accueillir un résident en hébergement temporaire ;
- L'unité FV Orion réunit 25 résidents déficients visuels, autonomes dans les gestes de la vie quotidienne, troubles psychiques stabilisés et peut également accueillir un résident en hébergement temporaire ;
- L'unité FV Andromède réunit 25 résidents en situation de handicap déficients intellectuels, parmi lesquels 5 sont déficients visuels et 20 sont vieillissants.

Votre admission à Maison des Aveugles – Villa Saint-Raphaël ne pourra être envisagée sans orientation préalable de la MDPH vers un **établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie** (aussi appelé « foyer d'accueil médicalisé ») ou un **établissement d'accueil non médicalisé** (aussi appelé « foyer de vie » ou « foyer occupationnel »).

Ce dossier de candidature se compose de trois volets :

- Informations administratives et sociales
- Informations quotidiennes
- Informations médicales

 *N'oubliez pas de joindre les éléments demandés, symbolisés par ce pictogramme.*

A réception, votre demande sera étudiée et pourra mener à une rencontre de préadmission. C'est à la suite de cette rencontre que notre commission d'admission se prononcera sur une éventuelle admissibilité.

Dossier à nous retourner par courrier ou par email :

Villa Saint-Raphaël
1 Rue Docteur Rafin
69009 LYON

Votre contact :

Service social
Monsieur Paul ANDRIEUX
assistante.sociale@mda-saintraphael.com
04 72 20 29 84

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES ET SOCIALES

1 - ETAT CIVIL

NOM : NOM de naissance (si différent) :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) divorcé(e) Veuf(ve)

Tél. : Courriel :

Adresse :

..... Vous vivez dans ce lieu de vie depuis :

Si le lieu de vie est une institution, indiquer le dernier domicile ou celui de la famille :

.....

.....

i Cette information sera nécessaire en cas d'admission car nous solliciterons l'aide sociale à l'hébergement auprès du département de votre « domicile de secours ».

Mesure de protection juridique :

Non concerné(e) Type de mesure exercée :

Coordonnées de votre représentant légal :

NOM Prénom :

Lien de parenté, le cas échéant :

Adresse :

.....

Tél. : Courriel :

Commentaires (tutelle aux biens, à la personne, autres) :

.....

.....

.....

.....

2 - PROTECTION SOCIALE ET RECONNAISSANCE DU HANDICAP

N° de sécurité sociale : N° d'allocataire CAF/MSA :

ALD : Oui Non

Carte invalidité Oui Non

Mutuelle : Oui Non

Dossier MDPH :

Département de référence : N° de dossier :

Date d'effet de la décision d'orientation :/...../.....

Date de fin de la décision d'orientation :/...../.....

 Merci de joindre votre **notification d'orientation** en établissement médicosocial.

3 - ENTOURAGE INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Situation familiale du postulant :

Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants à charge :

Nombre de frères / sœurs :

Entourage :

Quels sont vos liens sociaux quotidiens ou réguliers (famille, amis, etc) ?

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

Le rôle de mon entourage dans mon quotidien (fréquence, actions, soutien, etc) :

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

 *En cas d'admission, nous vous demanderons de désigner un « référent familial », qui sera notre interlocuteur privilégié.*

Personne à contacter pour le suivi de la demande d'admission :

- Le/la candidat(e)
- Son/sa représentant(e) légal(e)
- Une tierce personne :

NOM Prénom :

Agissant en qualité de :

Adresse :

.....

Tél. : Courriel :

4 - PARCOURS DE VIE ET ORIGINE DE LA CANDIDATURE

Parcours résidentiel :

Période	Lieu de vie

Projet et demande du/de la candidat(e) :

Quelle est votre histoire de vie ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont vos souhaits concernant votre admission ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos motivations qui vous conduisent à demander votre admission dans notre établissement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS QUOTIDIENNES

1 – COMMUNICATION, FONCTIONS SENSORIELLES ET APPRENTISSAGES

Vue :

- Normale
- Corrigée par des lunettes
- Déficience visuelle - précisez :
- Port d'une prothèse oculaire - depuis :

Audition :

- Normale
- Corrigée par des appareils
- Déficience auditive - précisez :
- Port de prothèses auditives - depuis :

Parole :

- Langage compréhensible de tous - sinon, précisez :
.....
- Mutisme
- Orthophonie
- Utilisation de la Langue des Signes Française ou mode de communication spécifique - précisez :
.....

Compréhension : Consignes simples Consignes complexes Conversation

Lecture : Oui Non **Écriture :** Oui Non

Usage d'un téléphone fixe : Oui Non **Usage d'un téléphone portable :** Oui Non

Braille : Oui Non **Pictogrammes :** Oui Non

Niveau d'études et formations professionnelles :

2 – FONCTIONS COGNITIVES

	Correcte	Perturbée	Impossible
Orientation dans le temps			
Orientation dans l'espace intérieur			
Orientation dans l'espace extérieur			
Mémoire des événements immédiats			
Mémoire des événements anciens			

Mémoire des personnes proches			
-------------------------------	--	--	--

3 – DEPLACEMENTS, HYGIENE ET HABILLAGE

Marche :

- Sans aide - distance approximative parcourue seul (e) :
- Avec aide (canne, déambulateur, aide humaine) - précisez :
.....
- Avec Chaussures orthopédiques - précisez :
- Impossible :
 - Fauteuil roulant manuel - autonomie de transferts : Oui Partiellement Non
Précisez :
 - Fauteuil roulant électrique - autonomie de transferts : Oui Partiellement Non
Précisez :

Hygiène corporelle :

- Sans aide - lieu habituel : Lavabo Douche Baignoire
- Aide partielle (équipes, accompagnants, infirmiers, prestataires) - précisez :
.....
.....
- Aide totale (équipes, accompagnants, infirmiers, prestataires) - précisez :
.....
.....

Choix des vêtements et habillement :

- Sans aide
- Aide partielle – précisez :
- Aide totale

4 – ALIMENTATION ET ELIMINATION

Alimentation :

- Risque de fausse route alimentaire : Oui Non
- Texture adaptée : Haché Mixé gélifié Complément alimentaire Non concerné(e)
- Appareil dentaire : haut bas Non concerné(e)

Prise des repas :

- Sans aide
- Aide partielle - précisez :
-
- Aide totale

Elimination :

- Incontinence urinaire
 - Sonde à demeure : Oui Non
- Incontinence fécale
- Protections : Oui Non
- Précisez (jour, nuit) :

5 – VIE SOCIALE ET COMPORTEMENT

VIE SOCIALE	Oui	Non	Commentaire
Relations sociales et communication <ul style="list-style-type: none"> - En demande d'une vie sociale - Contacts adaptés et mesurés - Langage adapté, non violent 			
Loisirs et activités (musique, cinéma, sport, activités manuelles... pratiquées en club / association ou chez soi)			
Centre d'intérêts (cinéma, marche, shopping, sport, etc)			
COMPORTEMENT	Oui	Non	Commentaire
Risque de fugue			
Agressivité et violence physique <ul style="list-style-type: none"> - Envers autrui - Envers soi-même 			
Conduites addictives <ul style="list-style-type: none"> - Tabac - Alcool - Autres (jeux, médicaments, toxines, etc) 			
Habitudes pour le lever			
Habitudes pour le coucher			
Gestion autonome de l'argent de vie			
Capacité à faire seul et / ou à être seul			
Demande de soutien dans les actions à entreprendre			

INFORMATIONS MEDICALES

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT OU LE MEDECIN DU SERVICE DE SOINS

Ces informations complètent la demande d'admission en Foyer de vie ou Foyer d'accueil médicalisé de votre patient au sein de la Villa Saint Raphaël – Maison des Aveugles.

NOM Prénom du patient :

Date de naissance :

Nature du handicap principal :

Nature du handicap associé(s) :

Date de début et cause du handicap :

.....

Perspectives d'évolution (génétique, risques aggravants, autres) – précisez :

.....

.....

ANTECEDENTS

Allergies :

.....

.....

.....

Médicaux :

.....

.....

.....

Chirurgicaux :

.....

.....

.....

Familiaux :
.....
.....

FONCTIONS

Appareil cardio-vasculaire :

HTA habituelle : Oui Non

Traitée : Oui Non

Tension à ce jour :

Traitée : Oui Non

Précisez :

Appareil pulmonaire :

Apnée du sommeil : Oui Non

Appareillage : Oui Non

Asthmatique : Oui Non

BPCO : Oui Non

Précisez :

Gynécologie :

Traitement : Oui Non

Suivi : Oui Non

Endocrinologie :

Diabète : Oui Non

Suivi : Oui Non

DNID : Oui Non

Suivi : Oui Non

DID : Oui Non

Suivi : Oui Non

Appareil digestif :

Appareil urinaire et rénal :

.....

Dermatologique :

.....

Affection de l'appareil locomoteur :

.....

.....

Appareillage et installations particulières :

- Corset
- Coque
- Assise
- Fauteuil roulant manuel
- Fauteuil roulant électrique
- Déambulateur
- Chaussures orthopédiques
- Utilisation d'appareil de manutention
- Autres - précisez :

FONCTIONS NEURO- PSYCHIQUES

- Signes dépressifs : Oui Non
- Lésion cérébrale : Oui Non
- Comitialité : Oui Non
 - Stabilisée : Oui Non
- Agitation - désorientation temporo-spaciale :
- Troubles psychiatriques :
- Traitée : Oui Non
- Suivi : Oui Non
- Troubles du comportement : agressivité Inhibition Régression Démission
- Attitude face au handicap :
 - Conscience du handicap
 - Conscience de l'incurabilité
 - Conscience de l'aggravation
- Troubles du sommeil :
- Traités : Oui Non
- Troubles de l'alimentation :

APTITUDES AUX ACTIVITES

Contre-indications médicales

.....

.....

.....

.....

SOINS PARAMEDICAUX EN COURS

Préciser le rythme et l'indication

- Kinésithérapie :**
-
- Ergothérapie :**
-
- Appareillage :**
-
- Orthoptie :**
-
- Orthophonie :**
-
- Psychomotricité :**
-
- Podologie :**
-
- Autres :**
-

VACCINATIONS

Type de vaccin	Date du vaccin	Rappel Date
DTP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Grippe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
COVID-19 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Hépatite B : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

TRAITEMENT HABITUEL

Fournir les dernières ordonnances en cours de validité (à minima pour 3 mois).

Autres :

.....

FICHE MEDICALE

Suivi médecin spécialiste : Oui Non

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Autres informations :

Indiquez ici les contres indications :

NOM et coordonnées du médecin ayant rempli ce dossier :

.....
.....

NOM et coordonnées du médecin traitant, *si différent* :

.....
.....

Fait à :

Le :

Signature du médecin :

Photocopies de courriers ou observations et résultats examens (compte rendu radiologie, biologie, médicaux, etc) :

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