

Maison de Kerellec

Foyer d'Accueil Temporaire

Dossier

demande d'admission

Pour une meilleure prise en compte de votre demande,
nous vous remercions d'avance de bien vouloir
compléter ce dossier avec attention

FICHE IDENTITE / RESIDENTPhoto**Nom :****Prénom :****Nom de jeune fille:****Date de naissance:** / /**Lieu de naissance :****Situation familiale :** célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) séparé(e) **Adresse lieu de vie actuel :****Nom accueillant familial** **N° téléphone :****Adresse :****Numéro de sécurité sociale :** **Caisse :****Numéro de mutuelle :** **Caisse :****A**
remplir
par le
service

Visite de présentation le / / en présence de :

Date de premier accueil :

Réfèrent : co-réfèrent :

Mesure de protectionAucune Curatelle renforcée Tutelle Tutelle familiale **Organisme :** **Nom du mandataire :****Adresse :****Téléphone :****Mail :****Orientation CDAPH actuelle :** Foyer de vie FAM ESAT SAVS Sans **Numéro de dossier CDAPH :****Revenus :** AAH : PCH : ACTP :**Salaire :** **RSA :** **Pension :****Personnes ressources :****1) Nom :****Lien :****N° de téléphone :****Adresse :****2) Nom :****Lien :****N° de téléphone :****Adresse :****Facturation à adresser à :****Orientation à l'issue du séjour à Kerellec (si différente du lieu de vie à l'arrivée) :**

FICHE SOCIALE

Nom :

Prénom :

Situation familiale : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) séparé(e)

Parents, fratrie, conjoint(e), enfants....

Environnement social : (logement, situation géographique, etc)

Situation professionnelle :

Professions antérieures exercées :

Lieux de vie et/ ou dispositifs antérieurs fréquentés :

Suivi social assuré par :

Origine de la demande de séjour :

Coordonnées des personnes pouvant être contactées :

- Nom :

Prénom :

Nature du lien :

Téléphone :

- Nom :

Prénom :

Nature du lien :

Téléphone :

Projet de vie (projet individualisé) :

Pathologie/ handicap :

Traitement médicamenteux : oui

non

COMPETENCES SOCIALES ET RELATIONNELLES

LANGAGE / COMMUNICATION : (compréhension, verbalisation, outils éventuels...)

SOCIALISATION/ RELATIONS AUX AUTRES :

Positionnement dans un groupe

Mémorisation

Anxiété

Agressivité

LIENS FAMILIAUX ET/ OU SOCIAUX :

DEPLACEMENTS/ ORIENTATION :

Intérieur :

Extérieur :

Appareillage ou aide éventuelle :

HABITUDES DE VIE QUOTIDIENNE :

Lever/ coucher : (horaires habituels)

Qualité du sommeil :

Soins d'hygiène :

Habillage :

Tenue de la chambre :

Alimentation (régime éventuel, mixé, mouliné)

Elimination : (énurésie/ encoprésie/ port de protections jour/ nuit).....

Gestion argent personnel :.....

Gestion tabac/ friandises : (protocole particulier s'il y a lieu) :.....

.....

Loisirs/ activités appréciées :.....

VIGILANCES PARTICULIERES :

RAPPEL DU CONTEXTE DE LA DEMANDE :

VOTRE SEJOUR

DUREE SOUHAITEE :

PERIODE(S) SOUHAITEE(S) :

RYTHME D'ACCUEIL SOUHAITE (si plusieurs séjours envisagés) :

DOSSIER REMPLI PAR :

Nom :

Prénom :

Agissant en qualité de :

DATE :

Nom : N° Séc. Sociale :

Prénom : Caisse :

Date de naissance : Mutuelle :

Orientation CDPH Foyer de vie FAM ESAT SAVS SANS

Lieu de provenance :

Tutelle/curatelle (organisme - nom tuteur) :

Tél. :

Médecin traitant : Tél. :

Médecin spécialiste : Tél. :

Poids : Taille : Pouls : Tension :

Traitement : Ordonnance (oui ou non) : Contraception (oui ou non) :

Pathologie :

Antécédents :

Allergie :

Alimentation		Mobilité		Habillage		Communication	
Repas	Régime	Autonome		Autonome		Altération	
Autonome	Mixé	Aide		Aide		Si oui, préciser :	
A installer	Mouliné	haut		partielle		non verbale	
Dépendance totale	Epaississant	bas		totale		gestuelle	
Fausses routes	Eau gélifiée	Dépendance		Bas de contention		Lecture	
Aide	Autres	totale				Cécité	
						Surdité	

Elimination		Hygiène		Relation sociale		Sécurité		Appareillages	
Continence urinaire		Autonome		Agitation		Chute - Fugue - Mise en danger		Prothèse	
totale		Aide		Désorientation		préciser :		. dentaire	
partielle		haut		Automutilation		Orient. : temporo spaciale		haut	bas
Aide (préciser) :		bas		Autres		Si non, préciser :		. auditive	
Incontinence		dépendance				Autre		gauche	droite
diurne		totale						. oculaire	
nocturne								gauche	droite
Incontinence fécale								Lunettes	
Protection								Coquille	
								Corset	
								Chaussures ortho.	
								Autres (semelles...) :	
								Appareil respiratoire	

Autres éléments utiles au dossier :

Interv. Ext.	Nom	Téléphone
Infirmier		
Kiné		
Autres		

Pour information :

Séjours à la Maison de Kerellec Rappel des consignes

Guipavas,
Le 3 janvier 2023

Madame, Monsieur,

Vous (l'un de vos proches ou une personne que vous accompagnez) allez (va) séjourner à la Maison de Kerellec. Afin que les séjours se déroulent de la meilleure façon possible, **nous vous remercions de bien vouloir tenir compte des consignes suivantes :**

Suivi médical

Vérifier la liste des pièces médicales à fournir pour le séjour (avant ou au plus tard le jour de l'arrivée) :

- **Fournir 24 H de traitement dans un pilulier journalier et apporter l'ensemble des médicaments (dans les boîtes d'origine) nécessaires pour la durée du séjour** (les semainiers seront ensuite complétés par l'infirmière de l'établissement ou les infirmiers libéraux partenaires).
- **Fournir les prescriptions en cours et couvrant la durée du séjour :**
 - o ordonnances de traitement, de soins d'hygiène,
 - o prescription de surveillance thérapeutique, d'injection à faire par l'IDE, de kiné,
 - o photocopie du régime,

Par ailleurs,

si vous faites le choix d'apporter un semainier déjà complété par un professionnel de santé de votre entourage, nous vous remercions de **choisir un semainier** compatible avec notre chariot de médicaments, **aux dimensions suivantes : 20 cm X 31 cm environ.**

Les médicaments préparés dans ce semainier ne doivent pas être déblistérés.

Ceci afin de garantir la bonne organisation du circuit du médicament et de sa sécurisation.

Pour rappel, vous devez également fournir, à chaque séjour :

- la carte vitale,
- la carte mutuelle,
- la pièce d'identité ou copie de la carte d'identité,
- l'attestation de vaccination,
- le trousseau complet de linge pour 5 jours, marqué au nom de la personne. Le linge de toilette est fourni par l'établissement.
- Les produits d'hygiène, crème solaire, casquette....

Nous comptons sur votre compréhension et votre collaboration et restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cordialement,

La responsable de service,
Myriam LE BORGNE