

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 / RESIDENT

Nom :

Prénom :

Photo

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
rempir
par le
service

Visite de présentation le / / en présence de :

Date de premier accueil :

Référent :

co-référent :

Mesure de protection

Aucune 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 :

Traitements 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 :

Date :

FICHE MEDICALE NAVETTE

(à remplir par le médecin, l'infirmière)

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	
Repas	Régime
Autonome	Mixé
Ainstaller	Mouliné
Dépendance totale	Epaississant
Fausses routes	Eau gélifiée
Aide	Autres

Mobilité	
Autonome	
Aide	
haut	
bas	
Dépendance totale	

Habillement	
Autonome	
Aide	
partielle	
totale	
Bas de contention	

Communication	
Altération	
Si oui, préciser :	
non verbale	
gestuelle	
Lecture	
Cécité	
Surdité	

Elimination	
Continence urinaire	
totale	
partielle	
Aide (préciser) :	
Incontinence	
diurne	
nocturne	
Incontinence fécale	
Protection	

Hygiène	
Autonome	
Aide	
haut	
bas	
dépendance totale	

Relation sociale	
Agitation	
Désorientation	
Automutilation	
Autres	

Sécurité	
Chute - Fugue - Mise en danger	
préciser :	
Orient. : temporo	spaciale
Si non, préciser :	
Autre	

Appareillages	
Prothèse	
. dentaire	
haut	bas
. auditive	
gauche	droite
. oculaire	
gauche	droite
Lunettes	
Coquille	
Corset	
Chaussures ortho.	
Autres (semelles...):	
Appareil respiratoire	

Sommeil	
Normal	
Perturbé (apnée...)	
Si oui, préciser :	

Conduites à risque	
Alcool	
Tabac	
Autres :	

Interv. Ext.	Nom	Téléphone
Infirmier		
Kiné		
Autres		



Maison de KERELLEC
 7 av. Georges Pompidou - 29490 GUIP AVAS
 Tél. : 02.98.84.80.04 - Fax : 02.98.84.88.11
 e-mail : maison.kerellec@donbosco.asso.fr

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