

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

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 :

Date :		<u>FICHE MEDICALE NAVETTE</u>																		(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 :																																																					
<u>Alimentation</u>				<u>Mobilité</u>				<u>Habillage</u>				<u>Communication</u>																																									
Repas		Régime		Autonome		Aide		Autonome		Aide		Altération		Si oui, préciser :																																							
Autonome		Mixé						haut		partielle		non verbale																																									
A installer		Mouliné						bas		totale		gestuelle																																									
Dépendance totale		Epaississant						Dépendance totale		Bas de contention		Lecture																																									
Fausses routes		Eau gélifiée										Cécité																																									
Aide		Autres										Surdité																																									
<u>Elimination</u>		<u>Hygiène</u>		<u>Relation sociale</u>		<u>Sécurité</u>		<u>Appareillages</u>																																													
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 diurne		dépendance totale				Autre		gauche droite																																													
nocturne								oculaire																																													
Incontinence fécale								gauche droite																																													
Protection								Lunettes																																													
<u>Sommeil</u>		<u>Conduites à risque</u>																																																			
Normal		Alcool																																																			
Perturbé (apnée...)		Tabac																																																			
Si oui, préciser :		Autres :																																																			
<u>Autres éléments utiles au dossier :</u>																																																					
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