Dossier d'admission



Établi le _ _ / _ _ /_ _ _ _

Cadre réservé à l'AFPAI		
Nom	Prénom	Service demandé

Viatrajectoire ☐ Ogirys ☐ tableau liste d'attente ☐ dossier complet ☐ scan du dossier ☐

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr

FICHE SOCIALE

NOM : **Prénom :**

Photo

Date de naissance : _ _ / _ _ /_ _ _ _

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse actuelle :

Tél. personnel : Mail :

En recherche de logement : ☐ NON ☐ OUI → Partie annexe pièces à joindre (Habitat Inclusif)

Conjoint

Nom **Prénom** **Né le** _ _ / _ _ / _ _ _ _ à ……

Profession : Ne peut exercer une profession : ☐

Adresse actuelle :

Tel : Mail :

Enfants

Prénoms	**Né(e) le**	**Adresse actuelle**	**à charge**
			☐
			☐
			☐
			☐

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

FICHE SOCIALE

Père

Nom **Prénom** **Né le** _ _ / _ _ / _ _ _ _ à ……..……

Profession :

Adresse actuelle :

Tel : Mail :

Mère

Nom **Prénom** **Née le** _ _ / _ _ / _ _ _ _ à ……...

Profession :

Adresse actuelle :

Tel : Mail :

Situation des parents : ☐ mariés, ☐ divorcés, ☐ autre : _____

Fratrie

Prénoms	**Né(e) le**	**Adresse actuelle**

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

Régime de protection

- ☐ Curatelle simple
- ☐ Curatelle renforcée
- ☐ Tutelle
- ☐ Gestion autonome
- ☐ Habilitation familiale
- ☐ Mesure d'accompagnement social et personnalisé
- ☐ Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial

Nom et adresse du mandataire judiciaire :

Tél :

Mail :

Date du jugement :

Juridiction :

- **Autres personnes s'occupant de l'intéressé (e) :**

Famille :
…… ……
…… ……

Autres (ADS, Assistante sociale, autre SAVS, éducateur en libéral, CCAS…) :
…… ……
…… ……
…… ……

- **Milieu où a vécu la personne jusqu'à ce jour :**

(Placement en famille d'accueil ? institution ? famille ? ….)

…… ……
…… ……
…… ……

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

➢ **Services d'accueil antérieurs**

ENTRÉE	SORTIE	LIEUX

EN CAS D'URGENCE : Nom, adresse et téléphone des personnes à prévenir.

1re personne : ……

2e personne : ……

3e personne : …… ……

➢ **Parcours :**

- Scolarisation : Education spécialisée (IME, ITEP…) ou en milieu ordinaire……..…..
  Dates : du …… au ……
  Niveau scolaire : ……

- Expériences professionnelles :
  - Stages : ……..…….
  - Actions pour réinsertion : ……..…….
  - Formations : ……..…….
  - Niveau de compétences : ……..…….
  - Emplois :
  ①……
  ② ……..
  ③ ……..
  ④ ……..
  - Joindre un CV (cf liste des pièces à fournir)

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

➢ Stages ESAT :

Etablissements	Activités	Période	Appréciation générale

- Soins : (Suivi spécialisé, Hôpital de jour, H.P., CATTP, traitement, informations médicales diverses) : **METTRE SOUS PLI FERME**

- Rééducation (psychomotricité, orthophonie) : ……

- Hospitalisation : ……

La demande d'admission est réalisée par :

☐ La famille
☐ La personne
☐ L'établissement
☐ La MDA ou la MDPH
☐ Un mandataire judiciaire
☐ Autres (préciser) ……

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

Quel est le projet de demande d'admission ?

Une admission vers :

- ☐ Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)
- ☐ L'Habitat Inclusif
- ☐ Le Foyer d'Accueil Médicalisé Guignesoleil (FAM)
- ☐ Le Foyer de vie Guignesoleil (FV)
- ☐ Le Foyer de Vie de Jour (FVJ)
- ☐ L'ESAT Les Cèdres :
  - ☐ Sous Traitance Industrielle
  - ☐ Laverie Bulles de Savon
  - ☐ Horticulture (Serre de Vente/ Serre de Production)
  - ☐ Espaces Verts
  - ☐ Lavage automobile

Toutes nos offres de services en détail sur : www.afpai.fr

Observations complémentaires – motivations de la demande :

Autres informations concernant le demandeur (habitudes alimentaires, loisirs…)

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

FICHE SOCIALE

NOTIFICATION MDPH :

Permanent			Temporaire		
☐ RQTH	du __/__/____	au __/__/____	☐ RQTH	du __/__/____	au __/__/____
☐ Orientation ESAT	du __/__/____	au __/__/____	☐ Orientation ESAT	du __/__/____	au __/__/____
☐ Orientation SAVS	du __/__/____	au __/__/____	☐ Orientation SAVS	du __/__/____	au __/__/____
☐ Orientation FAM	du __/__/____	au __/__/____	☐ Orientation FAM	du __/__/____	au __/__/____
☐ Orientation FV	du __/__/____	au __/__/____	☐ Orientation FV	du __/__/____	au __/__/____
☐ Orientation FVJ	du __/__/____	au __/__/____	☐ Orientation FVJ	du __/__/____	au __/__/____
☐ AAH	du __/__/____	au __/__/____	☐ AAH	du __/__/____	au __/__/____
☐ PCH aide humaine	du __/__/____	au __/__/____	☐ PCH aide humaine	du __/__/____	au __/__/____
☐ PCH aide financière	du __/__/____	au __/__/____	☐ PCH aide financière	du __/__/____	au __/__/____

AIDE SOCIALE :

Du _ _ /_ _ /_ _ _ _ au _ _/_ _/_ _ _ _

☐ en cours : demande transmise au CCAS le : _ _ /_ _ /_ _ _ _

☐ Dossier à transmettre : besoin d'un accompagnement : ☐ oui ☐ non
(en cas de besoin, une assistante sociale peut vous accompagner dans l'élaboration et la transmission du dossier)

Domicile de secours :
(département où la personne réside depuis plus de 3 mois hors ESMS)

Département financeur :

Amendement CRETON : ☐

CARTE D'INVALIDITÉ :

Date de délivrance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Taux d'invalidité :

Validité : du _ _ /_ _ /_ _ _ _ au _ _ /_ _ /_ _ _ _ ☐ Définitive

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

FICHE SOCIALE

REGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE :

☐ CPAM
☐ MSA

N° SS : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

MUTUELLE :

Organisme : ……
N° d'adhérent : ……

RESSOURCES et CHARGES :

Rente survie	☐ **OUI**	☐ **NON**
Rente A.T.	☐ **OUI**	☐ **NON**
Pension d'invalidité	☐ **OUI**	☐ **NON**

RESSOURCES/mois		CHARGES/mois	
AAH	€	Loyer	€
Salaires nets	€	Charges (électricité, eau, assurance...)	€
Prestations sociales et familiales (CAF…)	€	Crédit	€
Retraite	€	Mutuelle	€
Aides sociales	€	Forfait téléphonique, abonnements…	€
PCH (aide financière)	€	Pension alimentaire	€
Pension d'invalidité	€	Présence verte	€
Rentes diverses	€	Aide à domicile	€
Autres :	€	Autres :	€

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

GRILLE D'AUTONOMIE

Présentation de la personne :

……
……
……
……
……
……
……
……
……

	PAS DU TOUT	PEU	MOYENNEMENT	MAITRISÉ	NON OBSERVÉ
Hygiène, soins					
Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	☐	☐	☐	☐	☐
Exprimer une demande de soins	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son repos quotidien	☐	☐	☐	☐	☐
Prendre soin de son corps	☐	☐	☐	☐	☐
Se laver	☐	☐	☐	☐	☐
Se soigner	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser ses fonctions respiratoires	☐	☐	☐	☐	☐
Logement, vie quotidienne					
Entretenir son linge et ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
Faire le ménage	☐	☐	☐	☐	☐
Faire ses courses	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer la sécurité	☐	☐	☐	☐	☐
Mener les démarches administratives	☐	☐	☐	☐	☐
Vêture, Habillage					
Acheter ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
Choisir ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
Entretenir et laver ses vêtements	☐	☐	☐	☐	☐
S'habiller	☐	☐	☐	☐	☐
Se déshabiller	☐	☐	☐	☐	☐
Repas					
Acheter son alimentation	☐	☐	☐	☐	☐
Choisir son repas	☐	☐	☐	☐	☐
Faire son repas	☐	☐	☐	☐	☐
Surveiller son régime alimentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser un couteau	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser une cuillère	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser une fourchette	☐	☐	☐	☐	☐

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

	PAS DU TOUT	PEU	MOYENNE MENT	MAITRISÉ	NON OBSERVÉ
Corps, motricité					
Avoir des activités de motricité fine	☐	☐	☐	☐	☐
Avoir une coordination bi manuelle	☐	☐	☐	☐	☐
Courir	☐	☐	☐	☐	☐
Faire ses transferts	☐	☐	☐	☐	☐
Marcher	☐	☐	☐	☐	☐
S'asseoir	☐	☐	☐	☐	☐
Se coucher	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur	☐	☐	☐	☐	☐
Se mettre debout	☐	☐	☐	☐	☐
Soulever et porter des objets	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser la préhension de la main	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les escaliers	☐	☐	☐	☐	☐
Acquis scolaires et Communication					
Acquérir un savoir-faire	☐	☐	☐	☐	☐
Appliquer un savoir-faire	☐	☐	☐	☐	☐
Calculer	☐	☐	☐	☐	☐
Communiquer avec autrui	☐	☐	☐	☐	☐
Comprendre	☐	☐	☐	☐	☐
Compter	☐	☐	☐	☐	☐
Ecrire	☐	☐	☐	☐	☐
Entendre, localiser l'origine du son	☐	☐	☐	☐	☐
Lire	☐	☐	☐	☐	☐
Parler	☐	☐	☐	☐	☐
S'orienter dans le temps	☐	☐	☐	☐	☐
Transport, Orientation					
Lire un plan	☐	☐	☐	☐	☐
Prendre les transports en commun	☐	☐	☐	☐	☐
S'orienter dans l'espace	☐	☐	☐	☐	☐
Habileté manuelle					
peut tenir un crayon	☐	☐	☐	☐	☐
capable de tenir un objet fin	☐	☐	☐	☐	☐
capable de découper un papier (ciseaux)	☐	☐	☐	☐	☐
ne se sert pas de ses mains	☐	☐	☐	☐	☐
Argent					
Gérer son argent au quotidien	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son compte bancaire	☐	☐	☐	☐	☐
Dépenser	☐	☐	☐	☐	☐
Economiser	☐	☐	☐	☐	☐
Loisirs, Activités					
Avoir des activités récréatives	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à des activités de loisir, culturelles ou sportives	☐	☐	☐	☐	☐
Partir en vacances	☐	☐	☐	☐	☐

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

	PAS DU TOUT	PEU	MOYENNEMENT	MAITRISÉ	NON OBSERVÉ
Centres d'intérêt					
Préciser :					
Relations avec la famille					
Avoir des relations avec sa famille	☐	☐	☐	☐	☐
Vie sociale, insertion					
Avoir des relations avec autrui	☐	☐	☐	☐	☐
Avoir des relations de voisinage	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à la vie locale	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à la vie sociale et civique	☐	☐	☐	☐	☐
Voter	☐	☐	☐	☐	☐
Vie affective et sexuelle					
Avoir des relations affectives et sexuelles	☐	☐	☐	☐	☐
Entretenir-évoluer	☐	☐	☐	☐	☐
Vie familiale					
Gérer sa vie de couple	☐	☐	☐	☐	☐
S'occuper de ses enfants	☐	☐	☐	☐	☐
Vie professionnelle					
Avoir les compétences professionnelles	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer un travail à temps partiel	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer un travail à temps plein	☐	☐	☐	☐	☐
Respecter les consignes	☐	☐	☐	☐	☐
Maturité, Comportement					
Adapter son comportement avec autrui	☐	☐	☐	☐	☐
Avoir un comportement adulte	☐	☐	☐	☐	☐
Exprimer son avis, ses opinions	☐	☐	☐	☐	☐
fugueur	☐	☐	☐	☐	☐
violence vers autrui	☐	☐	☐	☐	☐
violence sur soi, automutilation	☐	☐	☐	☐	☐
troubles de l'humeur	☐	☐	☐	☐	☐
diminution récente des compétences	☐	☐	☐	☐	☐
Préciser :					
Autres troubles du comportement pouvant limiter les capacités de la personne :					

☐ vit seul en autonomie
☐ vit seul et nécessite un accompagnement
☐ vit en collectivité en autonomie
☐ vit en collectivité et nécessite un accompagnement

Dossier complété par : ……

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

Nom des participants	Fonction	Signature

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

PIECES À JOINDRE

	SAVS	Habitat inclusif	FAM	FV	FVJ	ESAT
☐ Copie de la carte d'identité	X	X	X	X	X	X
☐ Copie du livret de famille						X
☐ Copie de la carte d'invalidité	X	X	X	X	X	X
☐ CV (incluant parcours scolaire et professionnel)						X
☐ Copie du jugement si mesure de protection	X	X	X	X	X	X
☐ Copie de la carte Vitale et de son attestation papier			X	X		X
☐ Copie du carnet de santé (vaccinations)			X	X		X
☐ Copie des ordonnances actuelles (sous pli fermé)			X	X		
☐ Copie de la carte de Mutuelle			X	X		X
☐ Copie des notifications C.D.A.P.H. (RQTH, orientation ESAT, AAH...)	X	X	X	X	X	X
☐ Copie notification aide sociale à l'hébergement ou récépissé de demande		X	X	X		
☐ Attestation d'assurance Responsabilité Civile		X	X	X		
☐ Comptes-rendus (éducatifs, psychologiques, médicaux si affection organique dont épilepsie) sous pli fermé pour les éléments médicaux	X	X	X	X	X	X
☐ Relevé d'identité bancaire ou postal	X	X	X	X	X	X

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

ANNEXES

Habitat Inclusif

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

QUESTIONS DIVERSES

Habitat Inclusif

LOGEMENT ACTUEL

Type de logement :

Depuis quand ?

Difficultés rencontrées :

Raisons de la demande :

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Isolement ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Fréquence des contacts familiaux :

Réseau d'accompagnement ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ SAVS ☐ SAMSAH ☐ Aide à domicile

PROJET DE VIE ET MOTIVATION

Pourquoi souhaitez-vous intégrer un habitat inclusif ?

Etes-vous prêt à participer à des activités communes ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

Avez-vous déjà vécu en colocation ? ☐ **OUI** ☐ **NON**
Comment gérez-vous les conflits ?

Nom et qualité de la personne qui remplit le questionnaire :

.....

Date : _ _ /_ _ / _ _ _ _ **Signature**

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

ANNEXES

Foyer d'Accueil Médicalisé
Foyer de Vie

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

TROUSSEAU TYPE

RECOMMANDATIONS :

Le trousseau (liste ci-dessous) doit être apporté lors de l'admission.

Le linge doit être impérativement marqué avec étiquettes tissées et cousues au nom et prénom du résident.

Eviter les vêtements fragiles (laine, thermolactyl) ou assurer leur entretien.

LISTE :

- 10 tenues complètes (bas + haut) pour chaque saison
- 8 pyjamas ou chemises de nuit
- 2 robes de chambre
- 1 peignoir de bain
- 8 serviettes de toilette
- 8 draps de bain
- 10 gants de toilette
- 6 serviettes de table
- 10 slips ou culottes et 5 soutien-gorge
- 5 chemises de corps ou tee-shirts
- 10 paires de chaussettes ou socquettes
- Veste ou blouson d'été
- Manteau ou blouson d'hiver
- Bonnet, gants et écharpe
- Casquette ou chapeau d'été
- 3 parures de lit complètes (90 x 190 cm) : draps housses + draps plats ou housses de couette + taies d'oreillers
- Couverture ou couette
- Oreiller
- 1 paire de chaussons
- 1 paire de chaussures été + 1 paire de chaussures hiver
- Nécessaire de toilette complet (savon, gel douche, shampooing, peigne, brosse à cheveux, brosse à dents, dentifrice, coupe-ongles, thermomètre…)

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

DOSSIER MEDICAL

(A mettre sous pli fermé)

NOM : ***PRENOM :***

Date de naissance : _ _ / _ _ /_ _ _ _ Lieu de naissance :

N° Sécurité Sociale / MSA : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _

Mutuelle :

Nom du médecin traitant :

Adresse MSSanté :

Adresse : Tél. :

Diagnostic :

Hérédités parentales/familiales :

- **Handicap :**

☐ Déficience intellectuelle (TDI)
☐ Maladie génétique :
préciser ……
☐ Trouble du spectre de l'autisme
☐ Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyper activité
☐ Trouble développemental du langage / dysphasie
☐ Trouble spécifique des apprentissages (dyslexie, dyscalculie, dysorthographie :
préciser……...
☐ Handicap physique associé (motricité, vue, ouïe, …) :
préciser……...
☐ Précautions particulières pour l'intégration en collectivité
☐ Autres
(préciser)……
……

TRAITEMENTS ACTUELS

Joindre la photocopie des dernières ordonnances (cf liste des pièces à fournir)

DATES DES DERNIERS VACCINS

Joindre les copies du carnet de santé ou du carnet de vaccination (cf liste des pièces à fournir)

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

DT polio _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _	Hépatite B _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _
BCG _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _	Test tuberculinique _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _
COVID 19 _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _	GRIPPE _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _ _ _/_ _/ _ _ _ _
La personne est-elle allergique ? Si oui, à quels produits : Quel genre de réactions :	☐ **OUI** ☐ **NON**
QUESTIONS DIVERSES	
Est-elle suivie régulièrement par un(e) Spécialiste ? Si oui, nom du Praticien : Adresse : CP/Ville : Motif(s) du suivi :	☐ **OUI** ☐ **NON** Tél :
Est-elle suivie régulièrement par : ☐ un(e) Kinésithérapeute ☐ un(e) Ergothérapeute ☐ un(e) Psychomotricien(ne) ☐ un(e) Infirmier(ière) ☐ autre (précisez) :.....	À quelle fréquence et pourquoi ?

A t-elle des **troubles neurologiques** ? Si oui, lesquels ?	☐ **OUI** ☐ **NON**

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

Est-elle épileptique ? Si oui, type des crises ? Si oui, fréquence des crises ? Date de la dernière crise : _ _ /_ _ / _ _ _ _ Y a-t-il des éléments déclencheurs ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :	☐ **OUI**	☐ **NON**
A-t-elle eu un EEG récemment ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
A-t-elle eu un dosage des antiépileptiques ? Si oui, date et résultat : _ _ /_ _ / _ _ _ _	☐ **OUI**	☐ **NON**
A-t-elle des **problèmes cardiaques** ? Si oui, lesquels ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne:	☐ **OUI**	☐ **NON**
A-t-elle des problèmes **uretro-génitaux ou rénaux** ? Si oui lesquels ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :	☐ **OUI**	☐ **NON**
Est-elle **incontinente** ? ☐ Le jour ☐ la nuit ☐ de temps en temps Porte-t-elle des changes ?	☐ **OUI** ☐ **OUI**	☐ **NON** ☐ **NON**
A-t-elle des problèmes **gastro-intestinaux** ? Si oui, lesquels ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :	☐ **OUI**	☐ **NON**
A-t-elle un **régime** ? Si oui, lequel et pourquoi ? Qui l'a mis en place ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
A-t-elle tendance à la **constipation** ?	☐ **OUI**	☐ **NON**

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

A-t-elle un traitement ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
A-t-elle des **problèmes pulmonaires** ? Si oui, lesquels ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :	☐ **OUI**	☐ **NON**

GYNÉCOLOGIE :

Est-elle réglée ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Sont-elles régulières ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Est-elle ménopausée ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Si oui, depuis quand ? _ _ /_ _ / _ _ _ _		
A-t-elle un traitement hormonal ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Est-elle suivie régulièrement par un Gynécologue ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Si oui, pour quel motif ? Nom et adresse du médecin qui suit la personne :		
A-t-elle déjà eu un frottis ? Si oui, date et résultat : _ _ /_ _ / _ _ _ _	☐ **OUI**	☐ **NON**
A-t-elle déjà eu une mammographie ? Si oui, date et résultat : _ _ /_ _ / _ _ _ _	☐ **OUI**	☐ **NON**

DENTS :

Est-elle suivie par un **Dentiste** ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Les soins sont-ils possibles au cabinet ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Porte-t-elle un appareil dentaire ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Nom et adresse du médecin qui suit la personne :		

VUE :

Est-elle suivie par un **Ophtalmologiste** ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Porte-elle des lunettes ?	☐ **OUI**	☐ **NON**

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

Si oui, quelles corrections ?

Nom et adresse du médecin qui suit la personne :

OREILLES :

Est-elle suivie par un **O.R.L.** ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Est-elle appareillée ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Peut-elle aller à la piscine ?	☐ **OUI**	☐ **NON**

Nom et adresse du médecin qui suit la personne :

APPAREIL LOCOMOTEUR :

A-t-elle des problèmes aux membres supérieurs ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
A-t-elle des problèmes aux membres inférieurs ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
Avez-vous d'autres points à signaler ?	☐ **OUI**	☐ **NON**

Si oui, lesquels ?

……

……

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- **Origine du handicap :**

  ……

- **Maladies :**

  ……..……

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Hospitalisations et interventions chirurgicales :

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Nom et qualité de la personne qui remplit le questionnaire :

.....

Date : _ _ /_ _ / _ _ _ _ **Signature**

ASSOCIATION FAMILIALE DE PARENTS D'ADULTES INADAPTES
Direction de l'offre médico-sociale : Résidence Guignesoleil
81 rue des Noisetiers, 45300 Pithiviers le Vieil
Tel : 02 38 30 80 33 – Mail : secretariatdispositif@afpai.fr
www.afpai.fr