

Pôle médico-social

ESAT - FOYER DE VIE
FOYER D'HÉBERGEMENT

GRUPE **vyv**

SEILLANS

DOSSIER DE CANDIDATURE

(2^{ème} partie médicale)

NOM :

PRÉNOM :

Cette fiche doit être remplie par un médecin (médecin traitant ou d'établissement). Elle doit être jointe au reste du dossier de candidature sous enveloppe cachetée pour être transmise à l'infirmière de l'établissement.

DEMANDE D'ADMISSION

- ESAT / FOYER HEBERGEMENT*
- ESAT/FOYER HÉBERGEMENTÉCLATÉ (APPARTEMENTS)*
- FOYER DE VIE*

ZONE RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

Date de réception :

Décision de l'établissement :

Cette partie médicale doit être obligatoirement transmise avec la partie administrative.

DOSSIER DE CANDIDATURE

(2^{ème} partie médicale)

NOM :

PRÉNOM :

Complété par :

Médecin
Date :
Nom et cachet du médecin :
Établissement :

I - MÉDECINS QUI SUIVENT HABITUELLEMENT LA PERSONNE :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

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

Noms, spécialités et coordonnées des spécialistes :
(cardiologue, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue, gynécologue, dentiste...)

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

Joindre tout document pouvant être utile au suivi de la personne.

II - ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

1) À la naissance :

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

2) Dans l'enfance et l'adolescence :

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

III - PATHOLOGIE PRINCIPALE

Diagnostic et description détaillée du handicap :

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

La pathologie principale, celle qui est à l'origine du handicap, doit être indiquée par un chiffre « 1 ». Une 2^{ème} pathologie peut être indiquée par un chiffre « 2 ».

- Autisme et autres Troubles Envahissants du Développement
- Psychose infantile
- Autre psychose (survenue à l'adolescence)
- Trisomie et autres anomalies chromosomiques
- Accidents périnataux
- Trauma-crâniens et autres lésions cérébrales
- Autres pathologies génétiques connues. Préciser
- Autres pathologies. Préciser.....
- Pathologie inconnue

IV - DÉFICIENCES PRINCIPALES ET ASSOCIÉES

DÉFICIENCE PRINCIPALE (1 seul choix possible)

La déficience principale est celle qui apparaît la plus invalidante.

Déficiences Intellectuelles

- Retard mental profond et sévère
- Retard mental moyen
- Retard mental léger
- Autre déficiences de l'intelligence

Déficiences du psychisme

- Déficiences intermittentes de la conscience (dont épilepsie)
- Troubles de la conduite et du comportement
- Déficiences dues à des troubles psychiatriques graves
- Autres déficiences du psychisme

- Déficience du langage et de la parole* Préciser laquelle ?.....
- Déficience auditive* Préciser laquelle ?.....
- Déficience visuelle* Préciser laquelle ?.....
- Déficience motrice* Préciser laquelle ?.....
- Polyhandicap* (déficience mentale grave associée à une déficience motrice importante)
- Pluri handicap* (associe plusieurs déficiences de même gravité)

DÉFICIENCES ASSOCIÉES

Déficiences Intellectuelles

- Retard mental profond et sévère
- Retard mental moyen
- Retard mental léger
- Autre déficiences de l'intelligence

Déficiences du psychisme

- Déficiences intermittentes de la conscience (dont épilepsie)
- Troubles de la conduite et du comportement Préciser lesquels ?
- Déficiences dues à des troubles psychiatriques graves
- Autres déficiences du psychisme

- Déficiences du langage et de la parole* Préciser laquelle ?.....
- Déficiences auditives* Préciser laquelle ?.....
- Déficiences visuelles* Préciser laquelle ?.....
- Déficiences motrices* Préciser laquelle ?.....
- Autres déficiences* Préciser laquelle ?.....

V – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

1) Traitement (joindre la copie de la dernière ordonnance)

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

Contraception :

.....

Régime :

.....

.....

2) Autres pathologies ou interventions chirurgicales présentes

.....

.....

.....

3) Résultats détaillés des principaux examens complémentaires pratiqués :

.....

.....

.....

4) Si la personne a été hospitalisée depuis moins de 6 mois, dans quel service ?

.....

.....

.....

Motifs de l'hospitalisation :

5) Le handicap est-il évolutif ?

Stabilisé ?

6) Vaccinations :

DTP : Date : ... / ... / ...

Date du dernier rappel : ... / ... / ...

BCG : Date : ... / ... / ...

Date du dernier rappel : ... / ... / ...

Hépatite : Date : ... / ... / ...

Date du dernier rappel : ... / ... / ...

Autre : Date : ... / ... / ...

Date du dernier rappel : ... / ... / ...

7) Autres informations à caractère médical :

.....

.....