

Date :



Accueil d'adultes porteurs de handicaps

Agréée AVIQ

Service d'accueil de jour pour adultes

Service résidentiel pour adultes

17, Faubourg d'Arival

6760 Virton

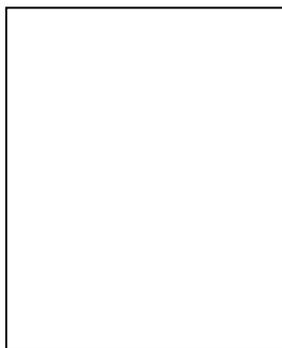
Tél. : 063/58 89 00

Fax : 063/57 79 42

E-mail : administration@fdavidiris.be

Dossier de candidature

Photo



FICHE ADMINISTRATIVE

- Hébergement (Virton)
- Service d'Accueil de Jour pour Adultes (Châtillon)
- Centre de Jour (Virton)
- Les Cailloux Blancs (Mellier)
- Service de Logements Supervisés (SLS)

Coordonnées

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Né(e) le : à :
Nationalité :

Mesure de protection

Administration de biens - Administration de la personne - Adm des biens et de la personne –
Tutelle - Curatelle - Curatelle renforcée

Coordonnées du représentant légal

Nom : Prénom : Lien avec la personne :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Adresse mail :

Famille

<u>Père</u>	<u>Mère</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Né le :	Née le :
Profession :	Profession :
Etat civil :	Etat civil :
Autre conjoint :	Autre conjoint :
Mail :	Mail :

Les parents sont-ils séparés ? oui-non

Si oui, depuis quand ?

Quel lien la personne entretient-elle avec ses parents ?

.....

Fratric

Nom-Prénom	Date de naissance	Situation	Rapport relationnel

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom : Prénom :
 Qualité : Tuteur Curateur Père Mère Autres
 Téléphone domicile : Portable :
 Téléphone professionnel :
 Adresse mail :

Pour la Belgique

AVIQ

N° de dossier :
 Décision valable du au
 Catégorie :

Mutuelle

N° affiliation :
 Coordonnées de la mutuelle :

Pour la France

MDPH

N° de dossier : Département :
 Date d'attribution : Jusqu'au :

Organisme assureur

N° de Sécurité sociale :
 Adresse de la CPAM :
 Mutuelle : OUI – NON Nom :
 N° allocataire de la CAF :
 Adresse :

Lieu d'hébergement actuel

- Famille :
- Foyer :
- Autre :

Personne/Service qui demande le placement :

Raison pour laquelle le placement est demandé :

.....

Y-a-t-il des personnes qui seraient contre le placement ? Pourquoi ?

.....

.....

Quelles sont vos attentes par rapport au placement ?

.....

.....

Retours en famille, si oui, à quelle fréquence ?

.....

.....

Parcours scolaire et/ou professionnel

Etablissement	Dates	Observations

Vie quotidienne

Comment se passe la vie de famille avec la personne ?

.....

.....

Comment se passent les relations avec son entourage ?

.....

.....

La personne a-t-elle / a-t-elle eu une vie amoureuse ?

.....

La personne a-t-elle d'autres personnes de son entourage qui sont importantes pour elle ?

.....

Diagnostic du handicap — Etat de santé général

Enoncé du handicap :

Origine du Trouble/Déficience/Handicap :

Poids : Taille :

Groupe sanguin :

La personne est O droitère O gauchère O non latéralisée

Contraception :

Déficience sensorielle :

Prothèses auditives : oui - non

Lunettes : oui - non

Appareil dentaire : oui - non

Chaussures ou semelles orthopédiques : oui - non

Fournir un bilan intellectuel ainsi que tous les documents en rapport avec le diagnostic

Antécédents chirurgicaux :

Oui-Non

Quel type ?

.....
.....

Epilepsie :

Oui-Non

Fréquence des crises :

Élément déclencheur :

Médication :

Diabète :

Oui-Non

Quel type ?

Régime éventuel :

Autres problèmes médicaux :

.....
.....

Fumeur : Oui-Non

Médication :

La médication doit-elle être administrée à la personne d'une façon particulière ?

.....

Posologie – Indiquer le nom des médicaments en IMPRIME

Médication	Matin	Midi	Soir	Coucher	Date de début du traitement / Motif

Vaccinations

Tétanos : oui-non / date : date de rappel :

Hépatite : oui-non / date : date de rappel :

Tuberculose : oui-non/ date : date de rappel :

Allergies éventuelles :

Implants/PaceMakers/Autres :

.....

Coordonnées du médecin traitant :

.....

La personne peut-elle pratiquer un sport ? oui-non

Peut-on prodiguer les soins nécessaires en cas d'urgence (transfusion, réanimation,) ?

.....

Procédure en cas de décès

Quelles sont vos convictions philosophiques, vos croyances ?

.....
.....

Quel est votre souhait concernant la fin de vie ? Prise en charge curative / Prise en charge palliative (soins de confort, non acharnement thérapeutique) ?

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

Quel est votre souhait concernant les funérailles ? Enterrement/ Incinération / Cérémonie religieuse / Cérémonie laïque /... ?

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

Suivis spécialisés

Spécialisation	Spécialiste	Service	Dernière consultation	Prochaine consultation
Cardiologie				
Neurologie				
Gastro-entérologie				
Gynécologie				
Urologie				
Dermatologie				
O.R.L.				
Ophthalmologie				
Orthopédie				
Dentisterie				
Physiothérapie				
Psychiatrie				
Psychologie				
Logopédie				
Kinésithérapie				
Ergothérapie				
Pédicurie				
Autre				

FICHE COMPORTEMENTALE

Hygiène

La personne s'habille seule avec aide

Habilleme nt,chaussures,lacets.....
.....
.....
.....

Possède-t-elle des aides techniques à l'habillage ?

La personne se déshabille seule avec aide

A besoin d'aide pour faire sa toilette oui non un peu

Explications :.....
.....
.....
.....

Quelles sont ses habitudes ? bain douche évier

Lavage des dents, rasage, maquillage :.....
.....

La personne constate-t-elle que ses vêtements ne sont pas propres et agit-elle en conséquence ?
.....

A-t-elle tendance à avoir : froid chaud

La personne a-t-elle besoin d'aide pour aller à la toilette ?

Enurésie : Oui-Non

Son comportement par rapport à cette situation :

.....

Encoprésie : Oui-Non

Son comportement par rapport à cette situation :

.....

La personne est : continente incontinente
 Jour Jour
 Nuit Nuit

Repas

La personne a-t-elle des préférences (quels sont ses goûts) ?

.....
.....

La personne doit-elle suivre un régime particulier ?

.....

Certains aliments ou boissons sont-ils déconseillés ?

.....
.....

La personne a-t-elle bon appétit ?

.....

La personne gère-t-elle la quantité de ses repas ?

.....

La personne a-t-elle des problèmes de digestion ?

.....

Doit-on surveiller son hydratation ?

.....

Faut-il l'aider pour les repas ? Oui Non

Comment ?

.....

Ustensiles ou appareils adaptés :

.....

Positionnement :

.....

Texture des aliments : normal – mouliné – lisse – sonde gastrostomie

.....

Température des aliments : reconnaît quand trop chaud ou froid ?

.....

La personne présente-t-elle des fausses déglutitions ? oui non

A quelle fréquence ?

.....

La personne présente-t-elle des épisodes de bronchite ou pneumonie de manière régulière ?

.....

Sommeil

Heure d'endormissement : en semaine : Le week-end :

Heure du lever : en semaine Le week-end :

Qualité du sommeil :

La personne utilise-t-elle une literie adaptée ? De quel type ?

Positionnement :

Orientation et déplacements

La personne se déplace : avec aide seule
 à l'intérieur à l'extérieur, sur quelle distance ?
 utilise une aide : laquelle ?

A-t-elle un bon équilibre ? oui – non

La personne sait-elle descendre les marches ? oui – non

.....

La personne a-t-elle des repères temporels (lire l'heure, repère dans la journée (repas...)) ?

.....

La personne sait-elle se repérer dans l'espace à l'intérieur des bâtiments ?

.....

La personne sait-elle se repérer dans l'espace à l'extérieur des bâtiments ?

.....

Connait-elle les règles de sécurité routière, est-elle capable de traverser seule une route ?

.....

Communication

Expression :

La personne utilise-t-elle la communication verbale non verbale

La personne utilise-t-elle une aide technique à la communication ? tablette pictogrammes

Autre :

Compréhension :

Oui-Non

Phrases simples – gestes- autre :

Informations comportementales

La personne est-elle le plus souvent d’humeur O joyeuse O triste O instable

Est-elle persévérante et motivée dans ses activités ? Qu’apprécie-t-elle ?

.....
.....

Quelles sont les activités qu’elle n’apprécie pas ?

Quelles sont ses relations sociales avec les autres personnes ? Respect des autres, conscience des autres, nature solitaire, sociable ?

.....

Quelles sont ses relations sociales avec les éducateurs ? Respect des autres, conscience des autres

.....

Comment réagit-elle aux remarques, aux directives ? Acceptation – refus – soumission

.....

La personne a-t-elle le sens du danger ?

.....

La personne est-elle émotive ?

.....

.....

A-t-elle des peurs particulières ? bruit,

.....

A-t-elle des stéréotypes, des rites ?

.....

.....

Comment exprime-t-elle la douleur ?

.....
.....

Comment exprime-t-elle sa joie ?

.....
.....

Comment exprime-t-elle son mécontentement ?

.....
.....

Peut-elle se montrer agressive verbalement, physiquement ?

.....
.....

Dans quelle situation ?

De quelle manière l'équipe éducative doit- elle procéder pour apaiser la personne ?

.....
.....

Apprentissages scolaires

- **Lecture :**
- **Couleurs :**
- **Symboles :** (pictogrammes usuels. Ex : WC)
- **Ecriture :**
- **Calcul :**
- **Notion d'argent :** (reconnaître les billets, maniement de l'argent et budget)

Activités et tâches de la vie quotidienne

Travaux de ménage

Nettoyage, vaisselle, rangement, prise d'initiative,

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

Travaux manuels

Peinture, jardinage, bois, bricolages,

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

Activités à l'extérieur de la maison : loisirs et autres, sports

.....
.....

Remarques éventuelles concernant la personne

Documents à joindre au dossier de candidature

- Notification MDPH en cours de validité (pour la France)
- Notification de l'AVIQ en cours de validité (pour la Belgique)
- Rapport institutionnel si la personne se trouve actuellement en institution

Le dossier de candidature ne sera analysé qu'après avoir obtenu l'ensemble des documents demandés ci-dessus.