



DOSSIER DE CANDIDATURE

Fiche Administrative

Photo
d'identité
obligatoire

Nom (d'usage)	Prénom
Nom de jeune fille	Nationalité
Date et Lieu de naissance	
Adresse (de domiciliation)	
Téléphone fixe	Téléphone portable
Adresse mail @	

SITUATION DE L'INTERESSE AU MOMENT DE LA CANDIDATURE

Provenance

Domicile personnel	<input type="checkbox"/>	Famille	<input type="checkbox"/>
Établissement	<input type="checkbox"/>	Hôpital	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	Précisez _____	

Adresse _____

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire	<input type="checkbox"/>				
Concubin(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____	Pacsé(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____
Marié(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____	Veuf (ve)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____
Séparé(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____	Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	depuis le _____

COMPOSITION DE LA FAMILLE (PARENT(S), FRATRIE, CONJOINT, ENFANT(S))

Nom	Prénom	Age	Lien de Parenté	Profession

L'INTERESSE(e) A-T-IL (elle) FREQUENTE D'AUTRES ETABLISSEMENTS		OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
SI OUI, LESQUELS ?					
Lieux				Date(s)	
PARCOURS SCOLAIRE				Dernière classe fréquentée :	
Diplômes obtenus				Date(s)	
PARCOURS PROFESSIONNEL					
Nature du dernier emploi				Date de l'arrêt de travail	
Emplois précédents					
Profession		Employeur		Dates	
Y-A-T-IL UNE MESURE DE PROTECTION OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>					
Si oui, NATURE DE LA MESURE :				Date de la décision/et ou révision	
Nom et adresse du Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs :					
Tél. fixe		Tél. portable		Fax	
Mail					
Si « EN COURS » : date de la demande					
A l'initiative de :					
DROITS OUVERTS / ECHEANCIER					
MDPH					
59 <input type="checkbox"/>		62 <input type="checkbox"/>		Autre <input type="checkbox"/> Préciser _____	
NOTIFICATION DE PLACEMENT Valable du _____ au _____					
Foyer Occupationnel <input type="checkbox"/>		Foyer Accueil Médicalisé <input type="checkbox"/>		Maison Accueil Spécialisée <input type="checkbox"/>	
CARTE d'INVALIDITÉ <input type="checkbox"/> Echéance _____ Taux _____					
Carte de Stationnement européenne <input type="checkbox"/> Echéance _____					

RESSOURCES

CAF de		N° allocataire :	
AAH	Montant :	Echéance :	
Complément AAH	Montant :	Echéance :	
Majoration Vie Autonome	Montant :	Echéance :	
Complément de ressources	Montant :	Echéance :	
AL	Montant :	Echéance :	
APL	Montant :	Echéance :	

CPAM de		N° Me :	
Pension Invalidité 1 ^{ère} Cat.	Montant :	Echéance :	
Pension Invalidité 2 ^{ème} Cat.	Montant :	Echéance :	
Pension Invalidité 3 ^{ème} Cat.	Montant :	Echéance :	
Majoration Tierce Personne	Montant :	Echéance :	
Rente Accident du Travail	Montant :	Echéance :	

Autres

	Montant	Périodicité	Organisme
Retraite			
Retraite compl.			
Salaire	/mois		
Pôle emploi	/mois		

CONSEIL GENERAL - PCH

	Montant	Echéance	Type
Aide humaine			
Aide technique			

AIDE SOCIALE

	Taux	Montant	Echéance	GIR
ACTP				
Aide ménagère				
HEBERGEMENT				
APA				

Y a-t-il des biens mobiliers et/immobiliers ? OUI NON

Si oui, précisez...

OBSERVATIONS PARTICULIERES

Y-a-t-il des informations administratives supplémentaires qu'il vous semble important de nous préciser, pour cette candidature ?

NOM ET QUALITE DE LA PERSONNE AYANT COMPLETE LE DOSSIER ADMINISTRATIF

Date de constitution du Dossier	Signature,

PARTIE RESERVEE AU CENTRE HELENE BOREL

Date de réception du Dossier	
Dossier complet	



Les pages 1 à 5 sont à compléter par un médecin

Mme <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>		Prénom
Nom (d'usage)		
DIAGNOSTIC		
DIAGNOSTIC, NATURE DU HANDICAP JUSTIFIANT LA DEMANDE D'ADMISSION (à préciser obligatoirement)		
Antécédents médicaux, chirurgicaux (Affections neurologiques, allergies, autres...)		
Antécédents familiaux (Affections neurologiques, autres...)		
Poids :	Taille :	
Traitement actuel (y compris contraception) :		
Allergies médicamenteuses connues :		
Régime alimentaire (Diabétique, Hypocalorique, Hypolipidique ...y compris alimentation parentérale, fausses routes...):		
Quels ont été les principaux traitements médicamenteux ?		
HISTOIRE DE LA MALADIE OU DU HANDICAP		
DATE DE DEBUT		
Circonstances d'apparition		
<input type="checkbox"/> Congénitale <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Acquis suite accident		
Evolutivité de la maladie		
<input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Evolution par poussée <input type="checkbox"/> Aggravation récente <input type="checkbox"/> Aggravation ancienne		
Autres observations concernant l'histoire de la maladie ou du handicap		

PARCOURS HOSPITALIER - L'INTERESSE A-T-IL DEJA EFFECTUE DES SEJOURS EN HOPITAL ? OUI NON

Si oui, *préciser*,

Nom de l'établissement hospitalier - Service	Dates

BILAN NEUROLOGIQUE - Y-A-T-IL EU UN EXAMEN NEUROLOGIQUE SPECIALISE ? OUI NON

Si oui, par quel Neurologue ?

Date

VEUILLEZ PRECISER DANS CHAQUE CASE LE DEGRE D'ATTEINTE

	Membres supérieurs		Membres inférieurs	
	Droit	Gauche	Droit	Gauche
Paralysie Totale				
Moyenne				
Légère				
Tremblements ou incoordination				
Absence ou amputation (niveau)				
Atrophie ou déformation				

Crises comitiales oui non

Si oui, préciser étiologie, fréquence des crises, date de la dernière crise, facteurs déclenchants, type (partielle, complète), attitude thérapeutique à envisager (hospitalisation et lieu éventuel)

ETAT DE SANTE ACTUEL

Fonction Respiratoire

Existence d'une insuffisance respiratoire ? oui non
De quelle origine ?

Existence d'une trachéotomie ? oui non

Asthme ou allergie respiratoires ? oui non

Primo infection ou séquelles de tuberculose ? oui non

Oxygénothérapie ? oui non
Si oui, type de matériel, durée quotidienne, posologie

Apnée du sommeil ? oui non

Si oui, appareillée ? oui non

Vue			
Existe-t-il des problèmes de vue ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui	<input type="checkbox"/> Légers	<input type="checkbox"/> Importants	<input type="checkbox"/> Appareillés
Préciser :			
Date et lieu de la dernière consultation ophtalmologique et fréquence du suivi éventuel :			
ELOCUTION			
Existe-t-il des difficultés d'élocution ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui	<input type="checkbox"/> légers	<input type="checkbox"/> importantes	
Prise en charge orthophonie pour troubles d'élocution	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
AUDITION			
Existe-t-il des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui	<input type="checkbox"/> Légers	<input type="checkbox"/> Invalidants	<input type="checkbox"/> Appareillés
	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	
DENTAIRE			
Porte un appareil ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui	<input type="checkbox"/> bas	<input type="checkbox"/> haut	
Etat bucco-dentaire	<input type="checkbox"/> Satisfaisant	<input type="checkbox"/> Soins en cours	<input type="checkbox"/> Soins à prévoir
Préciser :			
Prise en charge orthophonie pour troubles de déglutition	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
ETAT CUTANE			
Y a t-il des rougeurs sur les points d'appui ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, localisations :			
Y a t-il des escarres ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, localisations :			
FONCTION D'ELIMINATION			
Y a t-il des problèmes d'incontinence ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui	<input type="checkbox"/> rare	<input type="checkbox"/> fréquents	Préciser _____
Port d'une sonde à demeure ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Sondage intermittent ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui	<input type="checkbox"/> auto sondage ?	<input type="checkbox"/> hétéro sondage ?	
Port d'une protection ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Y a t-il déjà eu un bilan urodynamique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui préciser la date et le lieu :			
Présence de stomies	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Préciser _____
ETAT PSYCHOLOGIQUE, PSYCHIATRIQUE, COGNITIF			
Trouble de l'humeur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, préciser (euphorie, dépression...)			
Trouble anxieux ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, comment se manifeste-t-il ? (ruminations anxieuses, attaque de panique ...)			
Trouble du sommeil ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, préciser (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, insomnies ...)			

Trouble de la personnalité ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Si oui, préciser						
Trouble du comportement ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Si oui, préciser? (agressivité, apathie, opposition, agitation ...)						
Troubles addictifs ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Si oui, préciser (alcool, tabac, stupéfiants, nourriture, etc...)						
Un diagnostic psychiatrique a-t-il été posé ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Quand ? _____	
La personne est elle stabilisée ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Préciser						
Séjours en centre spécialisé en psychiatrie ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Si oui, date et lieu						
Atteinte des fonctions cognitives ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Si oui, Troubles mnésiques ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Désorientation ?			<input type="checkbox"/>	temporelle	<input type="checkbox"/>	spatiale
Fonctions exécutives ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Troubles attentionnels ?			<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Autres :						
Retard mental ?			<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, est-il évolutif ?						
La vie en collectivité semble-t-elle possible ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		

APPAREILLAGE

Porte des prothèses ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Si oui, membres :	<input type="checkbox"/>	supérieurs	<input type="checkbox"/>	inférieurs		
A besoin d'autres appareils ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Si oui le(s)quel(s) ?						
Y a t-il nécessité d'un matelas spécial ?			<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, type ?						

CONTENTION

Si oui préciser	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
-----------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

KINESITHERAPIE

Y a t-il des soins de kinésithérapie ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui	<input type="checkbox"/>	kiné d'entretien	<input type="checkbox"/>	kiné pour pathologie aiguë

CACHET, DATE et SIGNATURE

Êtes-vous le médecin traitant ? OUI NON

Si non, merci d'indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant :

AUTONOMIE			
LA COMMUNICATION			
La communication est-elle possible ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L'expression est-elle compréhensible ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Le dialogue est-il possible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autres moyens de communication :			
L'ALIMENTATION			
Mange t-il seul ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'aides techniques ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Préciser :
A besoin d'une aide humaine partielle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Préciser :
A besoin d'une aide humaine totale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Repas ?	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mixé	
LES DEPLACEMENTS			
Se déplace seul ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Se déplace ?	<input type="checkbox"/> déambulateur	<input type="checkbox"/> fauteuil manuel	<input type="checkbox"/> fauteuil électrique
Autre, préciser			
LES TRANSFERTS			
Effectue son transfert seul ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si non, avec l'aide d'un tiers?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
avec un lève malade ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autre, préciser			
LA TOILETTE			
A besoin d'une aide pour l'habillage du haut ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'une aide pour l'habillage du bas?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'une aide pour le déshabillage du haut?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'une aide pour le déshabillage du bas?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L'ELIMINATION			
Autonome ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Est sondé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'un bassin ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'un urinal ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'une protection ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autres, préciser			
LE TRAITEMENT MEDICAL			
Gère son traitement médicamenteux seul ?	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> a besoin d'une aide	
Prend ses médicaments seul ?	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> a besoin d'une aide	



ORIGINE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Par qui la demande de candidature est-elle faite ?

Le candidat Un tiers Préciser qui..

Y-a-t-il eu accompagnement d'un professionnel ? OUI NON

Si oui, Nom et coordonnées

VERS QUEL TYPE D'ACCUEIL DU CENTRE HELENE BOREL, SE PORTE LE CHOIX DU CANDIDAT

Accueil de Jour **RAIMBEAUCOURT**

Accueil de Jour **LOMME**

Résidence Service **RAIMBEAUCOURT**

Résidence Service **ARLEUX**

Foyer d'Accueil Médicalisé **RAIMBEAUCOURT**

Foyer d'Accueil Médicalisé Lomme
 Accueil Permanent Accueil Temporaire

Plateforme REPIT

SAMSAH (Service d'Accompagnement
Médico Social pour Adultes Handicapés)

EXPOSER LES RAISONS ET LES MOTIVATIONS DE LA CANDIDATURE

Recherche d'indépendance, d'autonomie, de sécurité, pour soulager les aidants familiaux, rapprochement familial, souhait d'une vie sociale, besoin d'occupation, etc.....)

QUELS SONT LES CENTRES D'INTERETS, ET LES ATTENTES DU CANDIDAT

<p>Avez-vous une passion ?</p> <p>Si oui laquelle ?</p>	
<p>Comment la vivez-vous ?</p> <p>Club de supporter, sorties, collection.....</p>	
<p>Etes-vous adhérent d'une association ?</p> <p>Si oui laquelle ?</p>	
<p>Pratiquez vous des activités (culturelles, sportives, manuelles...) ?</p> <p>Si oui lesquelles ? à quelle fréquence ? Si non pourquoi ? (<i>pas de transport, pas trouvé....</i>)</p>	
<p>Aimez vous sortir ?</p> <p>Si oui, quel type de sorties, et où ? Si non, pourquoi ?</p>	
<p>Aimez vous lire ?</p> <p>Si oui, quel type de livre ? Si non, pourquoi ?</p>	
<p>Y-a-t-il des activités que vous aimeriez pratiquer ?</p> <p>Si oui, lesquelles ?</p>	
<p>Informations supplémentaires sur votre vie sociale ...</p>	

INTÉGRATION DANS UN ETABLISSEMENT, UN SERVICE, UN GROUPE

Comment vivez vous la vie collective ?	<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Très mal Pourquoi ?
Avez-vous déjà partagé des temps collectifs autres qu'en institution ? Vacances, loisirs, famille.... Si oui, lesquels	
Comment appréhendez vous l'intégration dans un groupe ?	
Avez-vous des attentes particulières concernant la vie collective ?	

NOM ET QUALITE DE LA PERSONNE AYANT COMPLETE LE DOSSIER

Date de constitution du Dossier	Signature.

PARTIE RESERVEE AU CENTRE HELENE BOREL

Date de réception du Dossier	
Dossier complet	



- Justificatif d'état civil (copie de la carte d'identité, du livret de famille, du passeport).
- Justificatifs des ressources (revenus, indemnités journalières, pension d'invalidité, rente ...)
- Justificatifs de sécurité sociale (Attestation SS)
- Copie des notifications de la MDPH :
 - Orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes (FAM, MAS, FO)
 - Cartes (carte d'invalidité, de stationnement)
- Allocations (AAH, complément de ressources)
- Prestations (Prestation de Compensation du Handicap, ACTP)
- Reconnaissance relative au travail (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, ...)

Le cas échéant :

- Copie du jugement de tutelle/ curatelle.
- Justificatifs de complémentaire santé (mutuelle)
- Copie de la dernière attestation CAF.