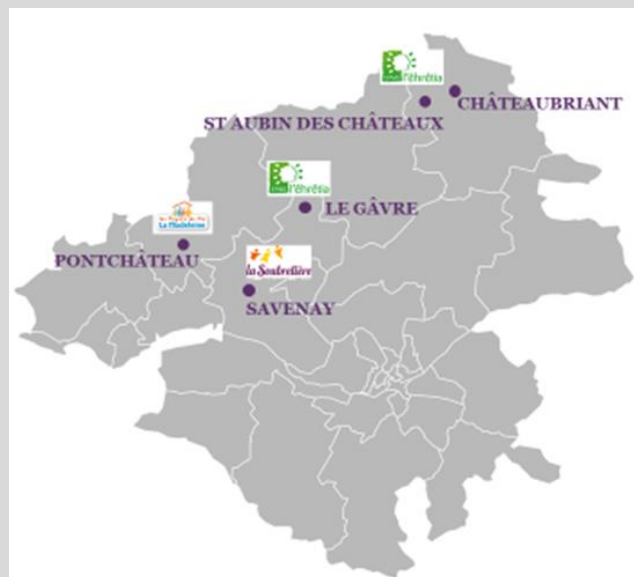


Votre demande concerne: (numéroter la ou les cases par ordre de préférence)

Foyers de vie

- Foyers de Vie de la Soubretière (Savenay)
- Foyer de vie Jean Seroux (Châteaubriant)
- Foyer de vie – résidence Le Martrais(Le Gâvre)
- Foyers de Vie La Madeleine (Pontchâteau)



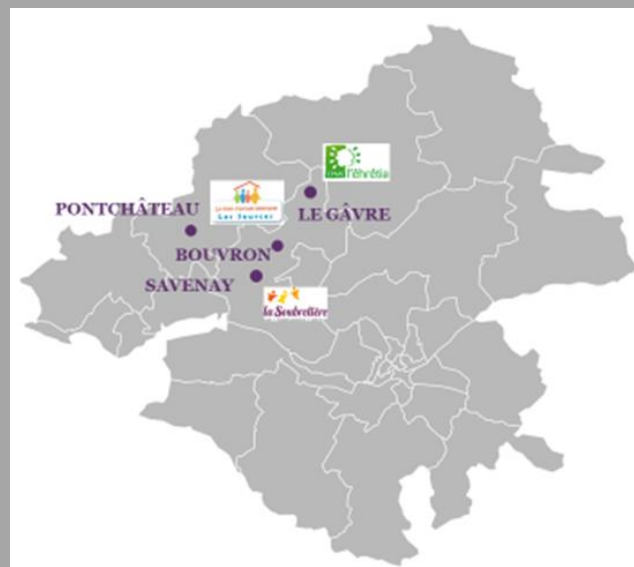
Maison d'Accueil Spécialisée

- MAS de Couëron
- MAS Opaline (Savenay)
- Equipe mobile
- Maisonnée TSA (Blain)



Foyer d'Accueil Médicalisé

- FAM – Résidence Le Martrais (Le Gâvre)
- FAM - Le Hameau (Bouvron)
- FAM - Topaze (Savenay)
- FAM - Les Sources (Pontchâteau)



Dossier unique de préadmission



Ce dossier est commun à l'ensemble des établissements de la direction commune de CAP'LAN.

Ce dossier peut être :

- ✓ **Imprimé et remis sous format papier par envoi postal ou dépôt physique au Pôle administratif de Cap'LAN situé au :**
 - **3 allée des marronniers, 44260 SAVENAY (Loire-Atlantique).**
- ✓ **Envoyé par retour de courriel à l'adresse suivante :**
 - contact@cap-lan.fr

Veillez à compléter l'intégralité des informations demandées de manière lisible.

Veillez à remettre l'ensemble des documents administratifs demandés pour faciliter le traitement de votre demande.

Veillez cocher au verso de la page de garde, le ou les services souhaités.

Tout document retourné de manière incomplète ne pourra faire l'objet de traitement.

Le dépôt du dossier ne vaut pas pour admission.

Toutes les demandes feront l'objet d'une présentation en commission d'admission. Toute demandes sera suivie d'une réponse dans un délai maximum de

Mode d'emploi

Le dossier unique de préadmission est composé de 3 volets à remplir de la manière la plus complète possible.

- Un volet administratif,
- Un volet médical,
- Un volet autonomie et participation sociale.

Ce document a été réalisé afin de faciliter vos démarches administratives. Il concerne l'ensemble des établissements et des services de la direction commune de Cap'LAN, dont la liste vous est communiquée au recto.

Nom et prénom du candidat :

Date de la demande :/...../.....

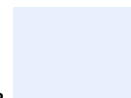
Date de réception de la demande (partie réservée à l'établissement) : //.....

N° d'enregistrement (partie réservée à l'établissement) :

VOLET ADMINISTRATIF

Document complété le :

Photo récente



1. CANDIDAT A LA PRE-INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Sexe : Homme Femme

Date et lieu de naissance :

à

Pays : France Autre, précisez :Situation familiale actuelle : Célibataire Marié Vie Maritale Pacs Divorcé Veuf/Veuve

Nom / Prénom du conjoint :

Enfant : OUI NON

Si oui, nombre d'enfants :

, âge des enfants :

Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

2. SITUATION ADMINISTRATIVE – DOSSIER COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE HANDICAPEE (CDAPH)

CDAPH n° de dossier :

Département CDAPH :

Date de validité :

Décision d'orientation : MAS FAM Foyer de vie Autre, précisez :*(Joindre une copie d'orientation à jour)* Accueil permanent Accueil temporaire Accueil de jour Autre, précisez :

3. LA DEMANDE (JOINDRE LA NOTIFICATION MDPH/MDA)

Vous pouvez cocher plusieurs cases

	Accueil permanent	Accueil de jour	Accueil temporaire	Autre, précisez
Entrée en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Entrée en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Entrée en foyer de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Échange inter-établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre, précisez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. INITIATIVE DE LA DEMANDE

Vous pouvez cocher plusieurs cases

Résident Représentant légal Famille Etablissement d'accueil actuel, lequel :

Autre, précisez :

Le dossier est complété par : Nom/Prénom : Mr Mme

En qualité de :

Demeurant à (adresse complète) :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

Contexte/Motif de la demande d'admission (exemple : séjour de répit, séjour de rupture, confirmation du choix d'un établissement, observations avant le choix d'un établissement, etc...) :

5. PERSONNE A CONTACTER POUR L'ETUDE DU DOSSIER

(Les personnes peuvent être contactées pour un complément d'information)

Nom/Prénom : Téléphone :

Mail : Nature du lien (père, mère, ami(e)...):

Représentant légal : OUI NON

6. SITUATION ACTUELLE

La personne est :

	Établissement/ Service	Adresse	Tél	Mail
Hospitalisée	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En établissement spécialisé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En famille d'accueil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre, précisez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP :

 Naissance

Accident Date : Précisez les circonstances :

Pathologie/Maladie Date : Précisez la pathologie :

Autre, précisez :

7. MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

- Sans mesure Curatelle Tutelle Co-tutelle Sauvegarde de justice
 Mesure en cours

Date de fin de validité de la mesure de protection :

Assurée par :

Nom/Prénom : Lien de parenté ou organisme :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Mail :

8. PARCOURS SCOLAIRE OU EN ETABLISSEMENT SPECIALISE ET PARCOURS PROFESSIONNEL

ANNEES	TYPE ETABLISSEMENT OU EMPLOYEUR

VOLET MEDICAL

(A compléter par un médecin traitant ou un spécialiste)

Document complété le :

Pour :

Nom : Prénom :

Par :

Nom : Prénom : Qualité : Signature + cachet du médecin ou spécialiste :

1. LES PROFESSIONNELS MEDICAUX QUI SUIVENT LA PERSONNE

	Nom / Prénom	Adresse	Tél
Médecin référent	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médecin psychiatre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. PATHOLOGIE DE LA PERSONNE

ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP :

Naissance

Accident

Date :

Précisez les circonstances :

Pathologie/Maladie

Date :

Précisez la pathologie :

Autre – Précisez :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

(Notamment nature et origine du handicap avec les dates – interventions chirurgicales)

Protocole(s) spécifique(s), précisez :

TRAITEMENT / SUIVI / ET SURVEILLANCE PARTICULIERE A ENVISAGER :

Protocole de contention, précisez :

3. ETAT DE SANTÉ

Taille :

Poids :

 Droitier Gaucher

ETAT PSYCHIQUE :

	Absence	Léger	Important	Majeur
Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du caractère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble conduite alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déambulation / fugues :

 OUI NON

Addiction :

 OUI NON

Si oui, laquelle :

COMMENTAIRES :

4. SOINS ET SURVEILLANCE PARTICULIERS :

KINESITHERAPIE :

 OUI NON

Précisez la prescription (acte(s) et durée) :

ORTHOPHONISTE :

 OUI NON

Précisez acte(s) et durée :

DISPOSITIFS MÉDICAUX :

- Oxygène
- Sonde urinaire
- Dialyse
- Assistance respiratoire
- Sonde gastrique
- Stomie

Autre (précisez) :

Précisez le protocole :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

VOLET AUTONOMIE ET PARTICIPATION SOCIALE

Nom : Prénom : Document complété le :

BESOINS POUR L'ENTRETIEN PERSONNEL

1. BESOINS POUR LA TOILETTE

AUTONOMIE

Seul Aide partielle, précisez : Aide totale, précisez :

MATERIEL SPECIFIQUE

Aucun Lève personne Autre, précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LA TOILETTE – Précisez :

2. BESOINS POUR PRENDRE SOIN DES PARTIES DE SON CORPS/LAVAGE

POSITION

Allongée Assise Debout Autre, précisez :

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
Se lave seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide partielle pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

MATERIEL SPECIFIQUE

Aucun Tabouret/Fauteuil de douche Lève-personne Brancard élévateur pour le bain
 Verticalisateur Lit douche Autre, précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR PRENDRE SOIN DES PARTIES DE SON CORPS – Précisez :

3. BESOINS POUR L'ELIMINATION

AUTONOMIE

- Va de lui-même aux toilettes Manifeste son envie – Précisez :
- Doit être sollicité – Précisez : Port de changes : Nocturne Diurne

Fréquence des changes (nombre/jour – nuit + heures) :

Participation lors du change : Aide totale Aide partielle Autre, précisez :

MATERIEL ET INSTALLATION SPECIFIQUES NECESSAIRES

- Installation sur les toilettes Installation sur un Montauban Urinal / Bassin
- Installation avec rehausseur (fournir la prescription)
- Sangle prescrite (fournir la prescription de contention) Sonde urinaire Poche urinaire
- Poche de stomie Autre, précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR L'ELIMINATION – Précisez (ex, peut toucher ses selles, risque de coprophagie, etc..) :

4. BESOINS POUR S'HABILLER ET SE DESHABILLER

HABILLAGE

POSITION

	Pour le haut du corps	Pour le bas du corps	Précisez
Allongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
S'habille seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide partielle pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

BAS DE CONTENTION

- OUI NON

HYGIENE ET CHOIX VESTIMENTAIRE

	Choisit ses habits	Hygiène vestimentaire	Précisez
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec une aide partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR L'HABILLAGE – Précisez :

DESHABILLAGE

POSITION

	Pour le haut du corps	Pour le bas du corps	Précisez
Allongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
Se déshabille seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aide partielle pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aide totale pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LE DESHABILLAGE – Précisez :

5. BESOINS POUR S'ALIMENTER

AUTONOMIE

Mange : Seul Aide partielle

, précisez :

 Gastrotomie

Risque de fausses routes : OUI NON Précisez, comment les éviter :

MATERIEL ET INSTALLATION SPECIFIQUES NECESSAIRES

Matériel adapté : OUI, précisez (cuillère, assiette, etc...) : NON

Appareillage dentaire : OUI, précisez : NON

Installation spécifique : Besoin d'isolement Besoin de prendre ses repas en collectif

Autre, précisez :

TEXTURE DES ALIMENTS

Normale Mixée Liquide Hachée Autre – précisez :

REGIME ET GOUTS ALIMENTAIRES

Régime/ allergies/Aliments contre-indiqués	Préférences alimentaires	Dégouts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BESOINS PARTICULIERS / HABITUDES OU VIGILANCES POUR LES REPAS – Précisez :

6. BOISSONS/HYDRATATION

AUTONOMIE

Boit : Seul Aide partielle, précisez : Aide totale Gastrotomie

Risques de fausses routes : OUI, précisez comment les éviter NON

MATERIEL ET INSTALLATION SPECIFIQUES NECESSAIRES

Matériel adapté : OUI, précisez (verre, paille, etc) : NON

Installation spécifique : Besoin d'isolement Autre, précisez :

TEXTURE

Normale Gélifiée Gazeuse Gastrotomie Autre, précisez :

REGIME ET GOUTS

Boissons contre-indiquées/Vigilance à l'alcool	Préférences	Dégouts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BESOINS PARTICULIERS / HABITUDES OU VIGILANCES POUR PRENDRE LES BOISSONS – Précisez :

--

7. BESOINS POUR LE SOMMEIL

LE SOMMEIL

	REVEIL	COUCHER	SIESTE
Heure habituelle			

MATERIEL SPECIFIQUE

Le lit :

Électrique Mécanique Barrières Potence Lit bas (fournir la prescription)

Autre, précisez :

Protections de barrières : OUI NON

BESOIN DE MATERIEL SPECIFIQUE AU LIT (ex : oreiller anatomique, cales, coussins, etc...) – Précisez :

--

Matelas anti-escarres : OUI NON

Si oui : Gaufrier (« à plots ») Mousse mémoire Air (si matelas à air, fournir l'ordonnance 72h avant l'accueil)

Autre, précisez :

Couchage : Traversin Draps Arceau Oreiller Couverture Alèze absorbante

Autres, précisez :

Vêtements :

Chemise de nuit Pyjama Cotte Culotte ou Body Aucun Autres, précisez :

Médicaments pour le sommeil :

Ne prend pas de médicament pour le sommeil Traitement en cours de nuit

Somnifère

BESOINS PARTICULIERS FAVORABLES A L'ENDORMISSEMENT (TV, lumière, musique, peluche, hydratation, etc...)

Précisez :

--

SECURITE LA NUIT
Risque de chute du lit : OUI NON **Utilisation d'une sonnette d'appel :** OUI NON

Position : Sur le dos Sur le ventre Prévention d'escarres, précisez :
 Changement de position, précisez : Autre, précisez :
BESOINS PARTICULIERS / POINT DE VIGILANCE/ COMPORTEMENT NOCTURNE (sommeil tranquille, agitation, peurs particulières, fermeture de la porte à clef, etc...) **OU PROTOCOLE** – Précisez :

--

BESOINS EN LIEN AVEC LES RELATIONS ET LES INTERACTIONS AVEC AUTRUI
8. BESOINS POUR COMMUNIQUER/MENER UNE CONVERSATION OU UNE DISCUSSION
COMMUNICATION AUDITIVE

	Oreille gauche	Oreille droite	Précisez
Audition altérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Prothèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autres, précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMMUNICATION VISUELLE

	Œil gauche	Œil droit	Précisez
Vision altérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lunettes pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lentilles pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Autres, précisez :			
---------------------------	--	--	--

COMMUNICATION VERBALE

COMPREND : Langage Quelques phrases simples Les gestes Quelques mots L'intonation
 Les mimiques Le regard Vocalisation Autres, précisez :

S'EXPRIME PAR : Langage adapté Quelques phrases adaptées Quelques mots adaptés
 Des sons significatifs L'intonation Les gestes Les mimiques Le regard
 Autre (pictogramme), précisez :

Capacité à exprimer ses choix : OUI NON

Peut répondre par : OUI NON Comment :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR COMMUNIQUER – Précisez :

9. BESOINS POUR LES INTERACTIONS AVEC AUTRUI

RELATION AVEC LES AUTRES RESIDENTS

Les recherche Les sollicite Indifférent

TOUCHER/CONTACT

Apprécie le contact physique, lequel : Le sollicite Indifférent Le repousse

Fluctuant Autres, précisez :

Mode de contact le plus apprécié (toucher, parole, jeux...) :

Préférences pour certaines textures, précisez :

Répulsions pour certaines textures, précisez :

SENSIBILITÉ

A la douleur, précisez : **Au chaud,** précisez :

Au froid, précisez : **Aucune sensibilité,** précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LES INTERACTIONS AVEC AUTRUI – Précisez :

BESOINS POUR LA MOBILITE

10. BESOINS POUR LA MOBILITE

DEPLACEMENT A L'INTERIEUR

N'a pas besoin de matériel Cannes Déambulateur Verticalisateur

Fauteuil roulant, précisez : Electrique Manuel Avec aide Seul

Aménagement particulier, précisez (ex : fauteuil, coquille) :

Autre, précisez :

DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR

N'a pas besoin de matériel Cannes Fauteuil roulant Déambulateur Electrique Manuel

Avec aide Seul Autres, précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LES DEPLACEMENTS – Précisez :

BESOINS POUR PRENDRE DES DECISIONS ADAPTEES ET POUR LA SECURITE

11. BESOINS POUR S'ORIENTER DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE

DISTINCTION

Jour/nuit : OUI NON Matin / Après-midi : OUI NON Jours de la semaine : OUI NON

REPERES

Dans l'espace : OUI NON Dans les locaux habituels : OUI NON

A l'extérieur : OUI NON

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR S'ORIENTER DANS LE TEMPS ET L'ESPACES

Précisez :

12. BESOINS POUR PRENDRE DES DECISIONS ET DES INITIATIVES

NOTION DU DANGER

Pour lui-même : OUI NON Pour les autres : OUI NON

PRISE DE DECISION

Peut se mettre en danger : OUI NON Peut mettre en danger les autres : OUI NON

AUTORISATION DE SORTIE

Peut sortir seul sans danger : OUI NON, précisez :

Est autorisé à sortir seul : OUI NON

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR PRENDRE DES DECISIONS ET DES INITIATIVES

Précisez :

13. BESOINS POUR GERER LE STRESS / AUTRES EXIGENCES PSYCHOLOGIQUES

COMPORTEMENT

- Sensibilité aux ambiances bruyantes (cris, bruits, etc...), précisez :
- S'intéresse à ce qui l'entoure (lieux, objets, etc. ...), précisez :
- S'intéresse à ce qui se passe autour de lui (événements, activités), précisez :
- Capacité d'adaptation, précisez :
- Réaction à la frustration, précisez :
- Situations particulières (automutilation, potomanie, etc...), précisez :
- Surveillances particulières (ingestion de substances non alimentaires), précisez :
- Objet transitionnel, précisez : Auto agressivité, précisez :
- Hétéro agressivité, précisez : Désinhibition, précisez :
- Protocoles du trouble du comportement, précisez :
- Risque de fugue

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LA GESTION DU STRESS – Précisez :

BESOINS POUR LA PARTICIPATION SOCIALE

14. BESOINS EN LIEN AVEC LA RECREATION ET LES LOISIRS

CENTRES D'INTERETS

Activités intérieures favorites (musique, TV, coloriage, sieste, dessin, ...) :

Activités extérieures favorites (ballade, cinéma, courses, ..) :

Lieux et ambiances préférés pour les sorties, précisez :

Contacts possibles avec l'animal ? OUI NON Précisez :

Autres, précisez :

PREFERENCE POUR LES ACTIVITES

Activités individuelles Activités en petit groupe Activité de groupe Indifférent

HABITUDES DE VIE

La personne fume-t-elle ? OUI NON

Besoin d'une intervention éducative ? OUI NON Précisez (fumer, gestion budgétaire,...) :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LA RECREATION ET LES LOISIRS

Précisez :