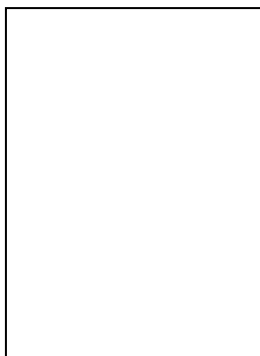


Dossier concernant :

Etabli le Par

Tel. : Mail :@.....

Photo



Entrée le :/...../.....

PARTIE I : FICHE SIGNALÉTIQUE

- Nom:.....

- Prénom:.....

- Lieu et date de naissance:.....

- Numéro de la carte d'identité :.....

Délivré par :.....

- Adresse des parents :.....

.....

☎ : Mail :@.....

- Adresse du représentant légal :.....

.....

- Nom:.....

☎ : Mail :@.....

PARTIE II : RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Concerne :

1. Composition de la famille (Joindre une composition de famille, de votre commune)

	Nom et prénom	Profession	Etat civil	Né le	Décédé le	Coordonnées (adresse/tel)
Père						
Mère						
Enfants						

Famille élargie et proches (amis, relation amoureuse,...) :

	Nom et prénom	Profession	Etat civil	Né le	Décédé le	Coordonnées (adresse/tel)

Remarques :

.....

.....

2. Relations entre les membres de la famille (comment la personne est-elle perçue au sein de sa famille ?)

.....

.....

.....

.....

3. Comment la personne est-elle perçue au sein de sa famille ?

.....

.....

.....

.....

4. La personne revoit-elle régulièrement sa famille ? (Quel membre de sa famille et fréquence des retours en famille ?)

.....

.....

.....

.....

Lors de son entrée l'intéressé sera muni de :

- **Sa carte d'identité.**
- **Sa carte européenne**
- **D'une réserve de médicaments pour une période de deux mois.**
- **D'un trousseau de vêtements pour 15 jours.**
- **Une tenue de travail + bottes.**
-

PARTIE III : RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES

Rempli par : Fonction :

1. Brève description de la personnalité : la perception de soi-même, d'autrui, des événements, l'affectivité, fonctionnement interpersonnel :

.....

2. Test psychologique (QI)

<i>Date</i>	<i>Nom du test</i>	<i>Résultats obtenus</i>
.../.../...		
.../.../...		
.../.../...		
.../.../...		

Merci de transmettre l'analyse du précédent test de QI effectué (dossier).

3. Outils pédagogiques et stratégies psychoéducatives mises en places :

.....

4. La personne présente-t-elle :

- des symptômes psychotiques
- des symptômes dépressifs
- des symptômes maniaques
- des symptômes anxieux
- des symptômes liés à une substance
- des symptômes phobiques
- des symptômes obsessionnels-compulsifs
- des symptômes somatique

Oui -Non	Brève description

- des symptômes relevant d'une problématique de l'identité sexuelle
- des symptômes relevant d'une problématique du contrôle des impulsions

--	--

4. Traits de personnalité :

La personne présente-t-elle des traits :

Paranoïdes (brève description)

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

Schizoïdes (brève description)

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

Schizotypiques (brève description)

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

Antisociaux (brève description)

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

Borderlines (brève description)

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

Histrioniques (brève description)

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

Narcissiques (brève description)

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

Évitants (brève description)

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

Dépendants (brève description)

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

Obsessionnel-compulsifs (brève description)

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

Autres (brève description)

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

5. Sur quel aspect trouvez-vous important d'attirer notre attention ?

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

6. Voici 2 questions qui nous permettent d'en savoir plus sur la personne, pour intervenir au mieux lors de son essai.

Comment exprime-t-elle son mécontentement ?

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

Comment la personne aborde sa vie affective et sexuelle ?

Est-ce-que la personne présente un comportement sexuel particulier ?

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

PARTIE IV : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

1. Allocation de remplacement de revenus et d'intégration.

- Percevez-vous une allocation ? ☐ oui ☐ non
- Si non :
 - Avez-vous introduit une demande ? ☐ oui ☐ non
 - Si oui, à quelle administration communale et à quelle date ?
 -
 -
- Si oui :
 - Numéro du dossier :
 - Numéro matricule :
 - Versées à
 - Montant
 - Pourriez-vous joindre une copie de la décision ?

2. Allocations familiales ou AAH.

- Percevez-vous des allocations familiales? ☐ oui ☐ non
- Si oui :
 - Caisse (dénomination)
 -
 - Adresse :
 -
 - Numéro d'affiliation
 - Versées à
 - Montant
 - Pourriez-vous joindre une copie du talon ?

3. Assurances

3.1. Assurance maladie

- Organisme assureur :
- Adresse :
-  :

Mail :@.....

- Numéro d'inscription :
- Statut :

3.2. Mutuelle.

- Organisme assureur :
- Adresse :
- ☎ :

Mail :@.....

- Numéro d'inscription :
- Statut :

4. Statut juridique.

☐ Aucune mesure

☐ Minorité prolongée

- Tuteur : nom-prénom
- adresse

..... ☎

Mail :@.....

☐ Mesure de défense sociale

- Décision du tribunal judiciaire de.....
-
- Date
- Juge ☎ :
- Date de la révision

Mail :@.....

☐ Comité de protection de la jeunesse

- Adresse.....
-
- Nom du délégué
- ☎ :

☐ Autres..... ☎ :

Mail :@.....

5. Autres.

☐ Adresse de votre Commune ou Mairie.

- Adresse.....
-

- Nom du délégué
- ☎ :

Mail :@.....

☐ Adresse de la CDAPH qui s'occupe de votre dossier.

- CDAPH de :
- Adresse.....
.....
- Mail :**@.....
- Nom du délégué
..... :
- Mail :**@.....
- Date de la révision

☐ **Adresse du conseil Général qui vous concerne.**

- Conseil Général de :
- Adresse.....
.....
- Nom du délégué
..... :
- Mail :**@.....
- Date de la révision

☐ **Adresse de la personne faisant la demande de placement**

- Nom :
.....
- Adresse.....
.....
..... :
- Mail :**@.....

PARTIE V : RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE DE PLACEMENT

1° Demande de placement émanant de

2° Motif de la demande de placement

3° Comment la personne envisage-t-elle son placement ?

4° Parcours scolaire :

Précisez le positif/négatif et ce qui a été mis en place durant le suivi scolaire.

De 0 à 6 ans :

De 6 à 12 ans :

De 12 à 18 ans :

5° Placements précédents :

- Dénomination et adresse

.....  :

Mail :@.....

- Date entrée :

- Date sortie :

- Motif de la sortie :

6° Souhaits et demandes particulières (retour en famille, fréquence, vacances etc.)

7° Occupations actuelles

PARTIE VI : RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Rempli par :

Fonction :

1. Fiche médicale

Taille :

Groupe sanguin :

Poids :

Rh :

Merci de transmettre le carnet de santé ainsi que la carte de groupe sanguin.

2. Médecin traitant

Nom :

Adresse :

☎ :

Mail :@.....

3. Médecins spécialistes éventuels

Nom :

Adresse :



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Vaccinations☐ Polio

Date :

.../.../...

☐ Diphtérie

Date :

.../.../...

☐ Tétanos

.../.../...

☐ Coqueluche

.../.../...

☐ Autres :**5. Antécédents héréditaires de la personne à admettre**☐ Allergie☐ Epilepsie ou autre maladie nerveuse☐ Maladie mentale☐ Diabète☐ Obésité☐ Maladies nerveuses (à préciser).....☐ Hypertension artérielle

.....

☐ Maladie génétique☐ Autres affections :

Si des personnes de la famille ont été atteintes ou sont décédées des maladies précitées, veuillez l'indiquer en précisant le degré de parenté par rapport à la personne à admettre.

.....

.....

.....

6. Antécédents personnels**■ Renseignements concernant la grossesse.**

- Age de la maman au début de la grossesse :

- Grossesse normale ☐ oui ☐ non

Si non :

Menace de fausse couche ☐ oui ☐ non

Irradiation aux rayons ☐ oui ☐ non

Toxoplasmose ☐ oui ☐ non

Rubéole ☐ oui ☐ non

Autres :

- Naissance normale : ☐ oui ☐ non

Si non :

L'enfant est-il né avant terme ? ☐ oui ☐ non

L'enfant est-il né au-delà du terme ? ☐ oui ☐ non

L'accouchement a-t-il donné lieu à une intervention importante (forceps, césarienne, ...) ? ☐ oui ☐ non

L'enfant a-t-il respiré rapidement ? ☐ oui ☐ non

Est-il resté longtemps bleu ? ☐ oui ☐ non

Est-il resté apparemment sans vie ? ☐ oui ☐ non

Lui a-t-on administré de l'oxygène ? ☐ oui ☐ non

Lui a-t-on administré une transfusion de sang ? ☐ oui ☐ non

Remarques éventuelles :

.....

- Poids et taille à la naissance :

■ Evolution de l'enfant :

	Ages
Station assise	
Station debout	
La marche	
Apparition des premiers mots	
Apparition des premières phrases	
Propreté sphinctérienne le jour	
Propreté sphinctérienne la nuit	

Y a-t-il eu un ralentissement ou une accélération de son développement ? Circonstances.

7. Antécédents proprement dits**► Voies sanguines**☐ Date de la dernière prise de sang :**+ transmettre les résultats.****► Vue**☐ Myopie☐ Fatigue visuelle☐ Opérations :☐ Date du dernier examen ophtalmologique :**+ transmettre les résultats.**☐ Rien à signaler☐ Strabisme☐ Astigmatisme☐ Hypermétropie☐ Lunettes**► Nez-gorge-oreilles**☐ Déficiences auditives☐ Otite☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Mastoïdites☐ Sinusite☐ Angines☐ Opération**► Voies respiratoires**☐ Toux fréquentes☐ Tuberculose☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Bronchite chronique☐ Broncho-pneumonie☐ Asthme☐ Pleurésie**► Système nerveux**☐ Méningite☐ Crises nerveuses☐ Epilepsie☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Encéphalite☐ Convulsions☐ Spasme du sanglot☐ Traumatisme**► Cœur et circulation**☐ Essoufflement anormal☐ Souffle cardiaque☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Lèvres bleues☐ Vertiges☐ Palpitations☐ Malformation cardiaque**► Voies digestives**☐ Vomissements fréquents☐ Constipation☐ Crises de foie☐ Appendicite☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Crises d'acétone☐ Vers dans les selles☐ Hépatite☐ Hernie☐ Diarrhée☐ Salmonellose☐ Sténose du pylore**► Troubles endocriniens**☐ Thyroïde☐ Rien à signaler☐ Diabète**► Manifestations allergiques**☐ Urticaire☐ Croûtes de lait☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Rhume des foins☐ Eczéma

► **Maladies infantiles**☐ Scarlatine☐ Oreillons☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Rougeole☐ Coqueluche☐ Rubéole☐ Varicelle► **Organes génitaux**☐ Testicules non descendus☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Phimosis► **Voies urinaires**☐ Infections des reins☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Cystite☐ Albuminurie► **Système osseux**☐ Ostéite☐ Déviation colonne vertébrale☐ Traitement orthopédique☐ A-t-il des semelles orthopédiques ? Si oui, date de renouvellement :☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Rhumatisme☐ Myopathie► **Accidents**☐ Fractures☐ Commotions cérébrales☐ Autres☐ Rien à signaler☐ Plaies importantes☐ Brûlures► **Dentition**☐ Date du dernier contrôle dentaire :► **Autres maladies**☐ Malaria☐ Autres :☐ Rien à signaler☐ Mononucléose► **Hospitalisation**☐ oui☐ non

Si oui, quand ?

Pourquoi ?

8. Médication actuelle

Laquelle ?

Depuis quand ?

Pourquoi ?

Nom et adresse du neurologue traitant :

..... @ :

Mail :@.....

Quels médicaments prend-t-il et à quelles doses ?

Nom du médicament	Doses			
	Matin	Midi	Soir	Coucher

➤ Moyen de contraception utilisé ? ☐ oui ☐ non

Si oui,

lequel ?

9. Divers :

- A t-il déjà consulté des médecins spécialistes ? ☐ oui ☐ non

Lesquels ?

Pourquoi ?

Quand ?

- Doit-il suivre un régime alimentaire ? ☐ oui ☐ non

Lequel ?

- Est-il allergique à certains médicaments ? ☐ oui ☐ non

Lesquels ?

- Allergies connues :

10. Etat actuel

La personne présente-t-elle l'une des manifestations suivantes :

- | | |
|--|--|
| ☐ Maux de tête | ☐ Troubles du sommeil |
| ☐ Pertes d'appétit | ☐ Cauchemars |
| ☐ Constipation | ☐ Difficultés d'endormissement |
| ☐ Diarrhées | ☐ Somnambulisme |
| ☐ Vomissements | ☐ Durée du sommeil $\pm$ 9 heures |
| ☐ Maux de ventre | ☐ Autres : |
| ☐ Toux fréquente | ☐ Syncopes ou pertes de consciences même brèves |
| ☐ Essoufflement rapide à l'effort | ☐ Palpitations |
| ☐ Douleurs dans le thorax | ☐ Incontinence urinaire |
| ☐ Incontinence fécale | ☐ Fréquents besoins d'uriner |
| ☐ Idem avec sensation de brûlure | ☐ Résistance à l'effort |

☐ Fatigabilité importante☐ Divers :**Si la personne est épileptique :***Date et circonstance de la première crise :*

.....

.....

.....

Cause présumée de son état :

.....

.....

.....

*Fréquence des crises (depuis un an) :**Description des crises actuelles :*

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| ☐ absences (obnubilation passagère) | ☐ de jour | ☐ de nuit |
| ☐ avec incontinence | ☐ précédée d'un cri | ☐ ronflement |
| ☐ avec contractions continues | ☐ avec des contractions successives (toniques) | |
| ☐ état d'engourdissement après la crise | ☐ a des crises successives | |
| ☐ autres : | | |

Facteurs favorisant la crise :

.....

.....

.....

Autres détails éventuels : E.E.G.

.....

.....

.....

Durée moyenne de la crise :

.....

.....

.....

11. Diagnostics psychiatriques

- **Actuels :** Axe I du DSM IV (troubles cliniques)
 Axe II du DSM IV (troubles de la personnalité, retard mental)
 Axe III du DSM IV (affections médicales générales)
 Axe IV du DSM IV (problèmes psycho-sociaux)
 Axe V du DSM IV (évolution globale du fonctionnement)

- **Antérieurs :** Axe I du DSM IV (troubles cliniques)
 Axe II du DSM IV (troubles de la personnalité, retard mental)
 Axe III du DSM IV (affections médicales générales)
 Axe IV du DSM IV (problèmes psycho-sociaux)
 Axe V du DSM IV (évolution globale du fonctionnement)

PARTIE VII : NIVEAU D'ADAPTATION SOCIALE

Rempli par :

Fonction :

1. A table.

Choisir dans les 3 énoncés ci-dessous celui qui correspond le mieux au comportement actuel de la personne

- ☐ Mange correctement sans surveillance
☐ Mange seul mais a besoin d'une surveillance occasionnel
☐ A besoin d'une aide directe pour manger

Utilise correctement ses couverts	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Reste correctement assis sur sa chaise	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Boit proprement	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
A tendance à la gourmandise	☐ oui	☐ non	
Se sert correctement	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Utilise la serviette	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Mange de tout (même un peu)	☐ oui	☐ non	☐ avec aide

2. L'habillement

Choisir dans les 3 énoncés ci-dessous celui qui correspond le mieux au comportement actuel de la personne

- ☐ S'habille seul correctement sans surveillance
☐ S'habille seul mais a besoin d'une surveillance occasionnel
☐ A besoin d'aide pour s'habiller

Lorsqu'il s'habille ajuste ses vêtements	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Change de vêtements lorsque c'est nécessaire	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Prend soin de ses vêtements	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Range ses vêtements	☐ oui	☐ non	☐ avec aide

3. La propreté

Choisir dans les 4 énoncés ci-dessous celui qui correspond le mieux au comportement actuel de la personne

- ☐ Se lave seul correctement sans surveillance et spontanément
☐ Se lave seul correctement sans surveillance, mais avec rappel (ou sur demande).
☐ Se lave correctement mais a besoin d'une surveillance (ordre imparfait, ...)
☐ A besoin d'une aide physique directe pour se laver

Cocher si la personne habituellement

Se brosse les dents correctement	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Se coiffe	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Se lave les cheveux	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Se coupe les ongles	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Se rase	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Se mouche	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Se nettoie les oreilles	☐ oui	☐ non	☐ avec aide

Commentaires éventuels

.....

.....

.....

.....

4. Propreté sphinctérienne

Choisir dans les 3 énoncés ci-dessous celui qui correspond le mieux au comportement actuel de la personne

- ☐ Va de lui-même aux toilettes le jour comme la nuit. N'a jamais d'accidents
- ☐ Va de lui-même aux toilettes le jour uniquement
- ☐ Ne retient pas toujours ses urines le jour comme la nuit
- ☐ A besoin d'aide physique pour s'essuyer

Commentaires éventuels

.....

.....

.....

.....

5. Déplacements

Cocher si la personne habituellement

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Prend seul le train sur un itinéraire connu | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |
| Prend seul le bus sur un itinéraire connu | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |
| Traverse une rue avec feux rouges | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |
| Suit un itinéraire connu à pieds | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |
| Roule en vélo en respectant les règles de sécurité | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |

Commentaires éventuels

.....

.....

.....

.....

6. Activités ménagères

Cocher si la personne habituellement

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Refait son lit | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |
| Cire ses chaussures | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |
| Achète un article dans un petit magasin | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |
| Met la table | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |
| Plie ses vêtements | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |
| Cuit une nourriture simple | ☐ oui | ☐ non | ☐ avec aide |

Fait une tartine
Lave et essuie la vaisselle
Epluche des fruits

☐ oui	☐ non	☐ avec aide
☐ oui	☐ non	☐ avec aide
☐ oui	☐ non	☐ avec aide

Commentaires éventuels

.....

.....

.....

.....

7. Sociabilité

Cocher si la personne habituellement

Participe volontiers à des activités de groupe	☐ oui	☐ non
Coopère avec d'autres	☐ oui	☐ non
Témoigne d'un savoir vivre suffisant	☐ oui	☐ non
Respecte le bien des autres	☐ oui	☐ non
Respecte l'intimité des autres	☐ oui	☐ non
A t-il des accès de colère suite à une remarque	☐ oui	☐ non
Si oui, expliquez :		

.....

.....

.....

.....

Commentaires éventuels

.....

.....

.....

.....

8. Communication

Cocher si la personne habituellement

Comprend des consignes simples	☐ oui	☐ non
S'exprime verbalement de façon compréhensible	☐ oui	☐ non
Exprime ses sentiments	☐ oui	☐ non

Commentaires éventuels

.....

.....

.....

.....

9. Acquis scolaires**Cocher si la personne habituellement**

Ecrit son nom et son prénom	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Ecrit une quelques mots	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Lit des phrases simples	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Lit l'heure	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Reconnaît les différentes pièces et billets habituels	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Manipule l'argent sans erreur	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Orientation spatiale	☐ oui	☐ non	☐ avec aide
Orientation temporelle	☐ oui	☐ non	☐ avec aide

Commentaires éventuels

.....

.....

.....

.....

10. Activités

Quelle genre d'activités occupationnelles pratique-t-il ?

.....

.....

.....

Quels sont ses loisirs préférés ? (sport, musique,...)

.....

.....

.....

.....

Quelles sont les activités auxquelles il s'adonne en temps habituel ? (lecture, jeux,...)

.....

.....

.....

.....

11. Sur quel aspect trouvez-vous important d'attirer notre attention ?

.....

.....

.....

12. Comment la personne est-elle dans la vie de tous les jours ?

	Avant		Maintenant		Jamais	Décrire
	Occasionnel	Fréquent	Occasionnel	Fréquent		
Timide						
Peureuse						
Anxieuse						
Crises d'angoisse						
Méfiant						
Rancunière						
Solitaire						
Exprime peu ses sentiments						
Crise d'épilepsie						
A besoin d'attirer l'attention						
Aime plaire						
Triste						
Agressivité verbale						
Colère incontrôlable						
Se replie sur elle-même						
Passive						
Active						
Lente						
Idées bizarres						
Parle fort						
Langage bizarre						
Epreuve des difficultés à se concentrer						
Ment						
A besoin d'être rassurée						
Vole						
Consomme de l'alcool						
Consomme de la drogue						
Voyeurisme						

	Avant		Maintenant			Décrire
	Occasionnel	Fréquent	Occasionnel	Fréquent	Jamais	
Se sent inférieur						
Est mal dans sa peau						
Influençable						
A des habitudes – des routines						
Aime découvrir						
Aime la vie en groupe						
Partage						
Serviable						
Vite inquiète						
A des plaintes physiques						
Respecte autrui						
A besoin d'être admirée						
Perfectionniste						
Têtue						
A peu d'estime d'elle						
Tentatives de suicide						
Violence : griffe autrui						
Violence : mord autrui						
Violence : donne des giffles						
Violence : donne des coups de poing						
Violence : donne des coups de pieds						
Violence à l'aide d'objets						
Violence envers les objets						
Violence ou contact trop familier avec les animaux						
Automutilation						
Imprévisible						
Exhibitionnisme						
Masturbation en public						
Pas de limite au niveau du toucher (caresses, bisous,...)						

Pyromanie						
Fugues						
Détention préventive						
Viol						
Autres :						

Nous attestons que tous les documents concernant les antécédants psychologiques ont été mis à disposition du centre les Dauphins.

Signature du représentant

Sincère et véritable

Signature du médecin

Il est indispensable pour son entrée :

- que nous soyons en possession de :
 - Carte Identité
 - Carte Européenne d'invalidité (voir CAM)
 - L'avis MDPH (orientation occupationnelle - maison d'accueil)
 - Accusé réception, venant de la Mairie, du dépôt d'un dossier d'aide sociale concernant son entrée en institution.
 - Le dossier d'admission complet.
 - La convention d'accueil et de séjour signée.
 - L'attestation autorisant le résident à vivre en milieu ouvert. (voir convention, signée par un médecin)
 - 270,00 € argent liquide. (argent de poche)

- Le résident sera muni :
 - Une réserve de médicaments pour 3 mois
 - Trousseau de vêtements pour 15 jours.
 -

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐