



# Dossier de Pré-Admission



Foyer de Vie  
« Les Genêts »



*Groupe Hospitalier Seclin-Carvin*  
*Foyer de Vie « Les Genêts »*  
*Rue Léonie Stienne*  
*62220 Carvin*

☎ : 03.21.77.28.48 📠 : 03.21.77.28.44

✉ : [accueil-foyer@ghsc.fr](mailto:accueil-foyer@ghsc.fr)

👤 : EL JAOUANI BOU OUCHANE Bouchra@ghsc.fr

Madame, Monsieur,

Vous avez sollicité une demande d'admission au Foyer de Vie « Les Genêts » du Groupe Hospitalier Seclin Carvin.

Afin d'enregistrer et de pouvoir étudier votre demande, il est indispensable de compléter votre dossier par les éléments suivants :

1\* Une fiche de renseignements administratifs

2\* Une fiche de renseignements médicaux établie par le Médecin traitant ou le Médecin soignant actuellement le postulant.

Dès réception de ces différents éléments, et après étude de votre dossier, vous serez contacté en vue d'une visite de pré-admission.

L'admission est prononcée par le Directeur au vue du dossier administratif et après avis de l'équipe encadrante.

Toutefois, votre entrée ne peut pas être immédiate, s'il n'y pas de place disponible, en revanche il nous est possible de vous proposer un accueil temporaire.

Dans l'attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

**EL JAOUANI Bouchra**  
**Cadre de Santé**  
**Foyer de vie « Les Genêts »**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*Coller une photo  
récente*

Hébergement Définitif

Hébergement Temporaire

Nom

Nom de Jeune Fille

Prénom

Date de Naissance

Lieu

Nationalité

Adresse à l'Admission

Ancienne Profession

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Vit Maritalement

Nom et Prénom du conjoint

### Personnes à prévenir :

Nom Prénom

Lien de Parenté

Adresse



Nom Prénom

Lien de Parenté

Adresse



Numéro d'Immatriculation Sociale .....

Organisme d'affiliation 100% jusqu'au : .....

Photocopie de la décision MDPH d'inaptitude au travail

L'intéressé(e) est-il (elle) sous un régime de protection juridique (joindre l'ordonnance du Tribunal d'Instance)

Sauvegarde de justice    Curatelle    Curatelle renforcée    Tutelle    Autre

Coordonnée du mandataire : .....

Un contrat « obsèques » a-t-il été constitué auprès d'une entreprise de Pompes Funèbres ?

(Joindre Photocopie de l'acte)

## Ressources

Organismes	Références	Montant

En cas de ressources insuffisantes, l'Aide Sociale a-t-elle été demandée ?

Oui (Joindre la copie)       Non

**En cas de demande d'Aide Sociale, il vous est demandé de reverser intégralement les ressources du demandeur le jour de l'entrée, pour la période comprise entre la date d'admission et la période restant à couvrir, jusqu'à l'accord définitif du Conseil Général.**

Ces ressources seront alors virées directement sur le compte postal du Trésorier, receveur de l'Etablissement.

Nom-Prénom et Adresse de la personne chargée du règlement des frais : .....

.....

### Pour les personnes payantes :

Il vous est signalé que les frais sont payables 1 mois d'avance

Le jour de l'admission, les frais sont à régler au Bureau des Entrées de l'Hôpital et pour les mois suivants, entre le 1<sup>er</sup> et le 8 de chaque mois.

En cas d'Admission, il est indispensable que vous apportiez :

- ✓ La carte d'identité et ou le livret de famille
- ✓ La carte d'assuré(e) Social(e) ainsi que l'attestation précisant les droits en cours / CMU
- ✓ La carte Mutuelle en cours de validité
- ✓ Le montant et les références des ressources avec Noms des organismes payeurs.
- ✓ L'admission d'urgence ou l'accord du Conseil Général si l'Aide Sociale est accordée.

## CERTIFICAT MEDICAL

**Etabli le :**

**Par :**

**Concernant :**

**Nom**

**Prénom**

**Date de Naissance**

### ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

---

---

---

---

---

### DIAGNOSTIC ET AFFECTION EN COURS

---

---

---

---

---

### TRAITEMENTS EN COURS

MEDICAMENTS	Matin	Midi	16h	Soir	Coucher

<sup>1</sup>/4

### Etat Général

Taille : .....

Poids : .....

### Nature, origine et Evolution du handicap

- Congénitale  
 Acquis depuis le :  
 Accident du Travail  
 Maladie Professionnelle  
 Autre  
 Ce handicap a-t-il régressé                       S'est-il aggravé  
 S'est-il stabilisé     Est-il définitif

### Affection de l'Appareil Locomoteur

Localisation

Etiologie

Appareillage éventuel

Coordonnées du Praticien référent :

### Affection Neurologique

Etiologie

Natures des troubles

Coordonnées du Praticien référent

### Affections Sensorielles Oculaires

Etiologie

Acuité visuelle

Troubles Associés

Appareillage

Coordonnées du Praticien référent

2/4

### Affection Sensorielles Auditives

Etiologie

Troubles Associés

Appareillage

Coordonnées du Praticien référent

### Affections Psychiatriques

Etat névrotique

Etat psychotique

Etat déficitaire

Autres

Auto-agressivité

Hétéro-agressivité

Evolution des troubles et troubles associés éventuels :

Coordonnées du Praticien référent

Date du dernier RDV

date du prochain RDV

### Autres Affections

Etiologie

Natures des troubles et signes

Coordonnées du Praticien référent

### Traitements et Perspective d'évolution du handicap

La personne a-t-elle besoin d'un traitement permanent

Oui

Non

Nature :

Une rééducation fonctionnelle est-elle possible ?

Oui

non

De quel type

<sup>3</sup>/4

<b>Incidence du handicap sur la capacité de travail</b>
---

Le demandeur exerce-t-il actuellement une activité ?

Oui, laquelle ?

Non, Pourquoi ?

(Joindre un certificat de la Médecine du Travail)

<b>Degré d'autonomie et Besoin d'assistance</b>
---

Le demandeur a-t-il besoin d'être aidé pour un, ou pour plusieurs ou pour la plupart des actes ordinaires de la vie ?

Oui

Se laver

Marcher

Se coucher

S'habiller

Manger

Faire sa toilette

Aller aux toilettes

Autres

Non

S'il s'agit d'un handicap mental, peut-il accomplir les actes ordinaires de la vie ?

Oui

Non

Doit être sollicité

La station debout lui est-elle pénible ?

Oui

Non

Doit-il être accompagné dans ses déplacements ?

Oui

Non

Une surveillance médicale est-elle nécessaire ?

Oui

Non

Sexualité – Moyen de contraception

Aucune contraception

Patch

Injection le :

Autres, précisez :

Prend la pilule

Implant le :

Est ménopausée

A .....

Le.....

Signature et Cachet



## Autonomie

### ↳ Les Repas

	Seul	Aide Technique	Tierce Personne	Commentaires
<b>S'installer</b>				
<b>Se Servir</b>				
<b>Boire</b>				
<b>Couper</b>				
<b>Tartinier</b>				
<b>Mélanger</b>				
<b>Utiliser la fourchette</b>				
<b>Utiliser le couteau</b>				
<b>Manger à la main</b>				
<b>Risque de fausses routes</b>				
<b>Régime alimentaire</b>				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<b>Si oui lequel</b>				

↳ La toilette et continence

	Seul	Aide Technique	Tierce Personne	Commentaires
Visage				
Dents				
Dos				
Membre supérieur droit				
Membre supérieur gauche				
Membre inférieur droit				
Membre inférieur gauche				
Laver les cheveux				
Toilette intime				
Coiffure				
Rasage				
Maquillage				
Douche				
Bain				
WC				
Propreté	Autonome	Incontinent le jour	Incontinent la nuit	Accidents occasionnels
Porte des protections		<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Selles	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Selles

↪ L'habillement

	Seul	Aide Technique	Tierce Personne	Commentaires
<b>Soutien-gorge</b>				
<b>Slip</b>				
<b>Chaussettes</b>				
<b>Pantalon</b>				
<b>Pull</b>				
<b>Robe</b>				
<b>Manteau</b>				
<b>Boutons</b>				
<b>Fermeture éclair</b>				
<b>Lacets</b>				
<b>Velcro</b>				
<b>Lunettes</b>				

↪ Le contrôle de l'environnement

	Seul	Aide Technique	Tierce Personne	Commentaires
<b>Porte</b>				
<b>Lumière</b>				
<b>Fenêtre</b>				
<b>Ascenseur</b>				
<b>Escalier</b>				
<b>Robinetterie</b>				

↪ Capacités sensorielles et fonctionnelles

<b>Marche (Seul(e))</b>	<b>Marche (Avec aide Technique ou Humaine)</b>	<b>Fauteuil (Seul(e))</b>	<b>Fauteuil (Tierce personne)</b>	<b>A tendance à chuter</b>

↵ **Vision**

<b>Normale</b>	<b>Port de lunettes</b>	<b>Autre Précisez :</b>
----------------	-------------------------	-------------------------

↵ **Audition**

<b>Normale</b>	<b>Surdité légère</b>	<b>Autre Précisez :</b>
----------------	-----------------------	-------------------------

↵ **Sommeil et vigilance**

<b>Bon</b>	<b>Mauvais</b>	<b>Se lève tôt</b>
------------	----------------	--------------------

↵ **Vigilance dans la journée**

<b>Dort beaucoup</b>	<b>Reste éveillé(e) toute la journée</b>	<b>Fait la sieste</b>
----------------------	--	-----------------------

<b>Communication</b>
----------------------

↵ **Langage**

Parle-t-il (elle) en faisant des phrases ?	
Dit-il (elle) quelques mots ?	
Mutit� ?	
Comprend-il (elle) des ordres simples ?	
Arrive-t-il (elle) � se faire comprendre ?	
Utilise-t-il (elle) les gestes ?	
Autre :	

## ↪ Socialisation

- Activités de loisirs

A-t-il (elle) l'habitude de sortir ?	
Sort-il(elle) seule(e) ?	
A quoi s'intéresse-t-il (elle) au dehors ?	
Est-il (elle) curieuse ?	
Si oui, de quoi ?	

### Comportement vis-à-vis de soi-même

- S'automutile                       Ne s'automutile pas

### Comportement vis-à-vis des autres

- Est agressif(ve)     Violent(e)     Indifférent     Sociable

Est-il (elle) opposant(e) ?	
-----------------------------	--

- Activités manuelles

A quoi s'intéresse-t-il (elle) ?	
A-t-il (elle) des activités manuelles ?	
Lesquelles ?	
Reste-t-il (elle) longtemps à une même activité ?	

## Traits caractéristiques de sa personnalité

Consomme-t-il (elle) du tabac ? Si oui Combien ? le gère-t-il (elle) seul(e) ?

Aime-t-il (elle) s'isoler ?
Est-t-il (elle) actif(ve) ou non ?
Est-t-il (elle) opposant(e) ?
Si oui dans quelles circonstances ?
Est-t-il (elle) émotif(ve) ?
Pleure-t-il (elle) souvent ?
Fait-il (elle) « des fugues » ?
Si oui dans quelles circonstances ?

## Aspect relationnel

	Nom	Prénom	Date de Naissance	Adresse et téléphone	En contact
Père					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Commentaires :					
Mère					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Commentaires					
Fratrie(*)					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Commentaires :					
					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Commentaires :					
					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Commentaires :					

(\*) Inclure la personne intéressée en respectant la chronologie des naissances.

Quel comportement a-t-il (elle) vis-à-vis des membres de la famille ?


Son comportement sexuel pose-t-il des problèmes ?


## Capacités Physiques

	Gauche	Droite
Latérisation		

	Oui	Non
Dextérité manuelle		
Fatigabilité		
Force physique		
Minutie		

## PARTICIPATION DANS LES DIFFERENTES ACTIVITES

	Participe	Peut participer	Incapacité	Aucun intérêt	Participation volontaire	Réponse de L'utilisateur	
						Participation sans intérêt (n'aime pas)	Ne veut pas participer
Bowling							
Piscine							
Eveil danse							
Atelier bois							
Train							
Couture							
Patinoire							
Poterie							
Arts plastiques							
Sports							
Equitation							
Ordinateur							
Ludothèque-bibliothèque							

						Réponse de l'utilisateur	
	Participe	Peut participer	Incapacité	Aucun intérêt	Participation volontaire	Participation sans intérêt (n'aime pas)	Ne veut pas participer
Pâtisserie							
Salle d'odeurs							
Musique							
Cinéma							
Salle de relaxation							
Activités manuelles							
Sorties à thèmes							
Marche							
Sports Adaptés							
Pétanque							
Pêche							
Potager							
Gestion des animaux							
Massages							
Psycho-motricité							
Basket							
Conte							
Esthétique							
Théâtre							
Autre							



En ce Moment

A-t-il (elle) des rituels dans la journée ?
Quels sont ses habitudes de vie ?
A-t-il (elle) des angoisses ? Lesquelles ? que faut-il faire pour l'apaiser dans ce cas-là ?
Dort-il (elle) bien ?
A-t-il (elle) bon appétit ?
A-t-il (elle) un régime alimentaire ?

**Bilan(\*)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(\*) Si possible joindre les anciens bilans éducatifs.

Signature :