FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Cadre Tel : 04.92.65.11.68 poste 3142
Secrétariat Tel : 04.92. 65.11.68 poste 3147
Equipe Tel : 04.92.65.11.68 poste 3140 ou 3240

LES FORMALITÉS D'ADMISSION

Veuillez trouver, ci-joint, les documents indispensables à la constitution de votre dossier d'inscription au sein du foyer d'Accueil Médicalisé de Laragne.
Nous vous remercions de bien vouloir nous les retourner au plus vite à l'adresse ci-dessous.

Votre candidature sera examinée sur dossier par la Commission d'Admission.
Les dossiers seront traités en fonction de leurs dates de réception.

(Fiche individuelles de renseignements + renseignements médicaux)

<u>Le dossier doit être adressé à</u> :

Foyer d'Accueil Médicalisé Les 4 saisons
Centre Hospitalier Buëch Durance –Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE

☎ 04.92.65.11.68 – poste 3142 (cadre)
☎ 04.92.65.11.68 – poste 3147 (secrétariat)
☎ 04.92.65.11.68 – poste 3140 ou poste 3240 (équipe)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX D'INSCRIPTION

(à faire compléter par le médecin)

à retourner avec le certificat médical à

Foyer d'Accueil Médicalisé les 4 saisons
Centre Hospitalier Buëch Durance
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE

NOM ET PRENOM DU PATIENT : .....

Nom et adresse du médecin : .....

Téléphone : .....Fax : .....

Etes-vous le médecin traitant habituel de ce patient ☐ OUI ☐ NON

A-t-il eu des prises en charge en institution anterieures ☐ OUI ☐ NON

Année	Lieu	Durée

ANTECEDENTS

Médicaux	
Chirurgicaux	
Psychiatriques Comportementaux	

À CE JOUR

Etat somatique	
Etat psychique	

TRAITEMENT ACTUEL :

Si le patient en possède, prière d'amener tout examen de sang récent, échographie abdominale, radio pulmonaire ...

☐ Médecin traitant :

☐ Service Hospitalier :

Eventuellement, prises en charge antérieures en institutions (lieu et date) :

Traitement médicamenteux en cours :

Date et Signature

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Centre Hospitalier BUËCH-DURANCE

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

PIÈCES NÉCESSAIRES À UNE ENTRÉE AU FAM

PIECES À FOURNIR

- **ORIENTATION FAM MDPH**
- **DECISION D'ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ**
- **LA PRESTATION DE COMPENSATION (ou maintien de l'Allocation Compensatrice, si antérieure)**
- **PIÈCE D'IDENTITÉ**
- **CARTE D'INVALIDITÉ**
- **CARTE VITALE MISE A JOUR**
- **MUTUELLE MISE A JOUR**
- **ATTESTATION ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE À JOUR**
- **FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**
- **FICHE IDENTITÉ RÉSIDENT**
- **ATTESTATION DU RESPONSABLE LEGAL OU JUGEMENT DE TUTELLE**
- **SYNTHÈSE, PPI, BILANS DU CANDIDAT**
- **AUTORISATION MÉDICALE**
- **DROIT À L'IMAGE**

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Centre Hospitalier BUËCH-DURANCE

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) .....

Représentant(e) légal(e) de .....

AUTORISE /N'AUTORISE PAS (rayer la mention inutile) la direction du CHBD à utiliser toutes photos, vidéos et autres moyens de publicité le concernant.

Fait à Laragne le.....

Signature du résident

Signature du représentant légal
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Centre Hospitalier BUËCH-DURANCE

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

AUTORISATION DE SOINS ET D'INTERVENTION

Je soussigné(e) .....

Représentant(e) légal(e) de .....

Autorise le médecin intervenant à prendre toutes les dispositions nécessaires pour faire pratiquer des soins, une intervention ou une anesthésie locale et/ou générale sur la personne sous protection.

La présente autorisation est valable pour une durée de 2 années et sera renouvelée à échéance.

Fait à Laragne le.....

Signature du résident

Signature du représentant légal
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Extrait de l'article L.1111-2 et suivants du CSP
Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs ainsi que le majeur protégé seront informé de l'intervention médicale ou chirurgicale. Un compte rendu lui sera expédié.

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Centre Hospitalier BUËCH-DURANCE

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

Fiche d'identité du candidat

Photo

Nom :

Prénom :

Date de naissance : **Lieu :**

Sexe : **M** **F**

Mesure de protection : (organisme, curatelle, tutelle, adresse, n° de tel)

Prise en charge actuelle :

- Domicile du responsable légal :
- Institution, si oui laquelle :
- Centre Hospitalier, si oui lequel :
- Autre :

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Centre Hospitalier BUËCH-DURANCE

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

Famille, liens parentaux, liens sociaux :

- Père : (nom, prénom, date de naissance, adresse, tel)

- Mère : (nom, prénom, date de naissance, adresse, tel)

- Fratrie **OUI** **NON**

(Si oui noms, prénoms, âges, adresse et n° de téléphone)

- autres liens sociaux (tante, oncle, cousin, amis…) :

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Centre Hospitalier BUËCH-DURANCE

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

Capacités et habitudes du candidat

- **Langage :**

Communique par langage verbale	**OUI**	**NON**
Communique par gestes mimiques	**OUI**	**NON**
Communique par cris vocalises	**OUI**	**NON**

COMMENTAIRES :

- **Repas-alimentation :**

Mange seul	**OUI**	**NON**
Mange avec aide	**OUI**	**NON**
Boit seul	**OUI**	**NON**
Boit avec aide	**OUI**	**NON**
Faut-il lui mixer ses aliments	**OUI**	**NON**
Faut-il lui épaissir ses boissons	**OUI**	**NON**
Suit un régime alimentaire	**OUI**	**NON**

Si oui lequel……
……..
……..

COMMENTAIRES :

- **Nuit-sommeil-lever-coucher :**

Se couche tôt (après le diner)	**OUI**	**NON**
A peur de l'obscurité	**OUI**	**NON**
A des difficultés pour s'endormir	**OUI**	**NON**
A des angoisses nocturnes	**OUI**	**NON**
A des insomnies	**OUI**	**NON**
Se lève la nuit	**OUI**	**NON**
A un levé difficile	**OUI**	**NON**
Se lève tôt	**OUI**	**NON**
Préciser l'heure……		
Fait la sieste	**OUI**	**NON**
Des habitudes de coucher ?	**OUI**	**NON**

Si oui lesquelles……..

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Centre Hospitalier BUËCH-DURANCE

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

COMMENTAIRES :

- Santé :

A un traitement médical	**OUI**	**NON**
Si oui lequel :.....		
.....		
.....		
.....		
Epilepsie : stabilisée	**OUI**	**NON**
Epilepsie : occasionnelle	**OUI**	**NON**
Epilepsie : fréquente	**OUI**	**NON**
Trouble de la vue, sensoriel....	**OUI**	**NON**
Port d'un casque	**OUI**	**NON**
Port d'une prothèse dentaire	**OUI**	**NON**
Cardiopathie	**OUI**	**NON**
Asthme	**OUI**	**NON**
Diabète	**OUI**	**NON**
Eczéma	**OUI**	**NON**

COMMENTAIRES :

- Propreté Hygiène Toilette :

	Seul		Avec aide	
Fait sa toilette	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
Se rase	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
S'habille	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
Met ses vêtements	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
Retire ses vêtements	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
Reconnait ses vêtements	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
Se chausse	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
Porte des chaussures orthopédiques	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Centre Hospitalier BUËCH-DURANCE

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

Est énurétique le jour	**OUI**	**NON**
Est énurétique la nuit	**OUI**	**NON**
Est encoprésique le jour	**OUI**	**NON**
Est encoprésique la nuit	**OUI**	**NON**
Faut-il le lever la nuit	**OUI**	**NON**
Va au WC seul	**OUI**	**NON**
N'aime pas se doucher	**OUI**	**NON**
Préfère le bain	**OUI**	**NON**
N'aime pas qu'on lui lave la tête	**OUI**	**NON**
N'aime pas se laver les dents	**OUI**	**NON**
N'aime pas se raser	**OUI**	**NON**

COMMENTAIRES :

- **Comportement :**

A un objet fétiche (doudou)	**OUI**	**NON**
A des rituels sécurisants	**OUI**	**NON**

Si oui lesquels ?.....
.....
.....

A des gouts particuliers	**OUI**	**NON**

Si oui lesquels.....
.....
.....

Manifestations agressives	**OUI**	**NON**

Si oui lesquelles.....
.....
.....

Avec les accompagnants	**OUI**	**NON**
Avec les autres résidents	**OUI**	**NON**
Sur lui (automutilation)	**OUI**	**NON**
Tendance sociable	**OUI**	**NON**
Tendance isolement	**OUI**	**NON**

COMMENTAIRES :

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE
Les 4 Saisons
Rue Docteur PROVANSAL
05300 LARAGNE
Tel : 04.92.65.51.03

Centre Hospitalier BUËCH-DURANCE

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

- **Motricité :**

Se déplace en fauteuil roulant	**OUI**	**NON**
Avec aide	**OUI**	**NON**
Se déplace en déambulateur	**OUI**	**NON**
Difficulté motrice (canne)	**OUI**	**NON**
Fatigable à la marche	**OUI**	**NON**
Marche	**OUI**	**NON**
Marche avec aide	**OUI**	**NON**
Monte un escalier seul	**OUI**	**NON**
Monte un escalier avec aide	**OUI**	**NON**
Descend un escalier seul	**OUI**	**NON**
Descend un escalier avec aide	**OUI**	**NON**

COMMENTAIRES :

- **Loisir et baignade :**

Baignade autorisée	**OUI**	**NON**
Aime l'eau	**OUI**	**NON**
Aime les animaux	**OUI**	**NON**
Les activités créatrices	**OUI**	**NON**

Autres……
……
……
……
……

COMMENTAIRES :

- **Informations complémentaires :**