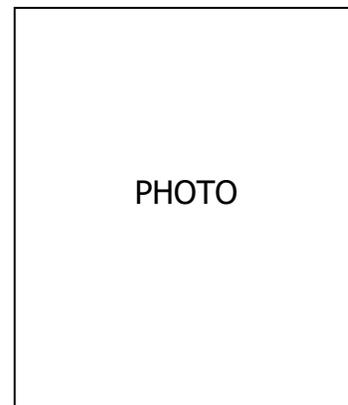


DOSSIER DE CANDIDATURE

Merci de renseigner un maximum de données



1. Renseignements Administratifs

A. Etat Civil

Candidat

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Numéro de registre national :

Numéro carte d'identité : Date de validité :

Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé Veuf Séparé

Mariembourg Santé SRL

VA : BE0756 652 557
Banque :
BE41 0689 3907 4710
FR76 1020 6100 2198 7620 9147 074

Domaine de la Brouffe
Rue d'Arschot, 50
B-5660 Mariembourg
+32 (0)60 39 51 80

Roi Soleil
Chemin du Petit Bois, 7
B-5660 Mariembourg
+32 (0)60 31 02 20

Manoir de Saint-Gérard
Rue Stampia, 16
B-5640 Saint-Gérard
+32 (0)71 10 01 10

Responsable légal – Administrateur – Avocat

Nom :

Prénom :

Statut (parent, frère, sœur, tuteur d'état, etc.) :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Email :

Mère

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Emploi :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Père

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Emploi :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Fratie

| Nom & Prénom | Date de naissance | Coordonnées |
|--------------|-------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Enfant(s)

| Nom & Prénom | Date de naissance | Coordonnées |
|--------------|-------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

B. Social

Mutualité

Nom de la Mutuelle :

Adresse :

Nom et prénom de l'assuré(e) :

N° d'affiliation :

Assurance complémentaire éventuelle (ex : assurance responsabilité civile, etc.) :

Non

Oui

Si oui, la ou lesquelles :

.....

Reconnaissance par un organisme public d'aide et d'accompagnement à la personne

Non Oui

Si oui, merci de préciser quel organisme et de fournir tous les documents

AVIQ COCOF SPF Sécurité Sociale

Autres :.....

Titulaire d'une carte d'invalidité

Non Oui

2. Bilan d'Accueil

A. Histoire

En famille du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

En famille d'accueil du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

En établissement

| Lieu | Période |
|------|-------------------------------------|
| | du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ |
| | du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ |
| | du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ |
| | du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ |
| | du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ |

Ce document est complété par.....

Statut (parent, frère, sœur, tuteur d'état, professionnel de santé, etc.).....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Date :.....

B. Evaluation des capacités

Cocher l'item qui correspond aux capacités réelles du candidat

Autonomie/dépendance physique

Alimentation

- S'alimente seul
- S'alimente seul avec l'utilisation d'aides techniques (assiette, couverts adaptés)
- S'alimente avec une aide partielle quotidienne (lui couper la viande, le stimuler oralement)
- N'est pas capable de s'alimenter seul
- Alimentation orale impossible (sonde gastrique, perfusion)

Hygiène

- Se lave seul, sans aucune aide
- Se lave seul sur sollicitation ou guidance orale
- Nécessite une aide pour laver certaines parties du corps
- N'est pas capable de se laver seul, mais collabore lors de la toilette
- N'est pas capable de se laver seul et reste passif

Habillage/déshabillage

- S'habille et se déshabille sans aucune aide
- S'habille et se déshabille seul sur sollicitation ou guidance orale
- Nécessite une aide partielle pour s'habiller et se déshabiller (fermer les boutons, nouer les lacets, etc.)
- N'est pas capable de s'habiller et se déshabiller seul, mais collabore
- N'est pas capable de s'habiller et se déshabiller seul et reste passif

Continence

- Continence complète
- Continence sur sollicitation
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence fréquente nocturne
- Aucun contrôle des sphincters
- Encoprésies (selles)

S'asseoir et se relever

- Se lève et s'assoit seul
- Se lève et s'assoit seul dans un siège adapté (accoudoirs, etc.)

- Se lève et s'assoit avec l'aide d'une personne (le résident collabore)
- Est levé et assis avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)
- Ne peut être levé

Se lever et se coucher

- Se lève et se couche seul
- Se lève et se couche seul dans un lit médicalisé adapté
- Se lève et se couche avec l'aide d'une personne (le résident collabore)
- Est levé est couché avec l'aide d'une personne (le résident reste passif)
- Ne peut être levé

Mobilité

- Se déplace seul, sans appui
- Se déplace seul mais avec difficultés (nécessité d'un appui : canne, tribune, etc.)
- Se déplace avec l'aide d'une personne
- Se déplace seul, en fauteuil roulant
- Se déplace en fauteuil roulant avec l'aide d'une personne

Autonomie/dépendance psycho-cognitive

Expression

- S'exprime oralement sans difficulté
- S'exprime oralement avec quelques difficultés
- S'exprime oralement avec difficultés (difficultés importantes pour l'interlocuteur de comprendre ce que dit le résident)
- S'exprime difficilement (impossibilité pour l'interlocuteur de comprendre ce que dit le résident)
- Pas d'accès au langage

Compréhension

- Dispose de bonnes capacités de compréhension
- Ne comprend que des phrases simples
- Grandes difficultés de compréhension, même pour des consignes simples

Sommeil

- Ne présente aucun trouble du sommeil
- Troubles du sommeil ponctuels et circonstanciés
- Présente des troubles du sommeil manifestes et réguliers

Humeur

- Humeur stable
 - Jovial
 - Déprimé et triste
 - Repli et inhibition
- Humeur fluctuante

Orientation temporelle

- Se repère correctement dans le temps (jour, mois année)
- Est capable de se repérer dans le temps à l'aide de supports visuels
- Est capable de se repérer dans le temps à l'aide de supports rituels
- Se repère difficilement dans le temps, même avec des aides
- Est incapable de se repérer dans le temps

Orientation spatiale

- Se repère correctement dans l'espace
- Se repère correctement dans un lieu qu'il connaît
- Est capable de se repérer à l'aide de supports visuels
- Se repère difficilement dans l'espace, même avec des aides
- Est incapable de se repérer dans l'espace

Mémoire d'évocation

- Evoque des faits récents (menu du dernier repas, emploi du temps de la veille et du jour, prénoms des personnes qui l'entourent, etc.)
- Evoque uniquement des faits anciens
- Aucune évocation cohérente (propos qui ne correspondent pas à la réalité)

Autonomie/dépendance sociale et relationnelle

Loisirs et temps libres

- Est capable de s'occuper seul
- Est capable de s'occuper sur sollicitation
- Est incapable de s'occuper

Adaptation au contexte social

- Repère les différents types de situations sociales et s'adapte correctement
- S'adapte avec quelques difficultés aux différents contextes sociaux
- S'adapte uniquement aux situations sociales de l'établissement

- Vit dans son monde, sans tenir compte du contexte social

Aisance relationnelle

- Entre facilement en relation avec d'autres personnes
- Entre en relation uniquement avec des personnes connues
- Présente des difficultés relationnelles importantes
- Evite tout contact avec d'autres personnes

Comportements inadéquats

Agressivité

La personne présente-t-elle des comportements agressifs ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez préciser l'intensité sur une échelle de 1 à 5 (1 très faible, 5 très grande)

- Auto-agressivité 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- Hétéro-agressivité 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- Agressivité verbale 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- Agressivité sur l'environnement 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Si agressivité, est-elle de type réactionnel ?

- Oui
- Non

Précisions éventuelles (description des comportements agressifs, les éléments déclencheurs éventuels, la fréquence, les indications afin de gérer ces comportements, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conduites alimentaires

Alimentation

Capacités à s'alimenter (cocher l'item correspondant aux capacités réelles de la personne)

- S'alimente seul
- S'alimente seul avec l'utilisation d'aides techniques (assiette, couverts adaptés)
- S'alimente avec une aide partielles quotidienne (lui couper la viande, le stimuler oralement)
- N'est pas capable de s'alimenter seul
- Alimentation orale impossible (sonde gastrique, perfusions)

Goûts de la personne

Aime :

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

N'aime pas :

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

Régime (sur prescription médicale ou recommandations d'une diététicienne)

- Diabétique
- Sans sel
- Sans résidu
- Hypocalorique
- Hypercalorique
- Autres :

Obligation(s) selon rites religieux ou culturels :

- Non
- Oui, lesquels :

Allergies et intolérances (gluten, lactose, fructose, etc.)

| Allergies | Intolérances |
|-----------|--------------|
| | |

Conduites alimentaires à risques

- Oui
- Non

Si oui, cocher la ou les case(s) correspondante(s) :

- Anorexie
- Boulimie
- Potomanie
- Ingestion d'objets
- Autres:

Antécédents de fausses déglutitions

- Non
- Oui

Si oui, à quelle fréquence :

- Conséquences :

Textures modifiées

La texture des aliments doit-elle être modifiée pour l'alimentation de la personne ? (Cocher la texture préconisée pour la personne)

- « Manger entier » (la personne sait couper seul, pas d'adaptation)
- « Manger coupé » (le plat est présenté coupé en morceaux)
- « Manger haché » (la viande est hachée uniquement)
- « Manger mouliné » (= comme une purée)
- « Manger mixé » (= lisse comme une Danette)

La texture des liquides doit-elle être épaissie pour l'hydratation de la personne ?

- Non
- Oui

Une installation au repas spécifique est-elle préconisée pour la personne ?

- Non
- Oui, laquelle :
-

Fugue

La personne est-elle sujette à des fugues ?

- Oui
- Non

Si oui, cochez-la ou les case(s) correspondante(s) :

- Fugues involontaires (errances)
- Fugues délibérées
- Retours spontanés
- Risques importants de mise en danger durant la fugue

Précisions éventuelles (type de risques, fréquences, événements déclencheurs, etc.) :

.....

.....

.....

.....

Conduites addictives

La personne présente-t-elle des conduites addictives ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :

| Conduite addictive | Quantité consommé, remarques éventuelles |
|--------------------|--|
| Tabac | |
| Alcool | |
| Stupéfiant | |
| Psychotropes | |

C. Recueil des attentes et besoins du résident

(ou de son responsable légal si le résident ne peut les exprimer seul)

Besoins

| Indiqués par le résident | Indiqués par l'Institution |
|--------------------------|----------------------------|
| | |

Attentes

| Indiqués par le résident | Indiqués par l'Institution |
|--------------------------|----------------------------|
| | |

Contre-indications éventuelles

| Indiqués par le résident | Indiqués par l'Institution |
|--------------------------|----------------------------|
| | |

3. Renseignements médicaux

A REMETTRE SOUS PLI CACHETÉ

A faire remplir uniquement par le Médecin

Patient

Nom :

Prénom :

DN :/...../..... Sexe : M F Contraception : Oui Non

Taille : cm Poids : kg TA : / ... mmHg FC : bpm

Groupe sanguin :

Diagnostic principal

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

Origine du handicap

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

Traitement actuel

| Nom et dosage du médicament | Posologie |
|-----------------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Déficiences (joindre une copie des comptes rendus et des feuilles de traitement)

- Déficience intellectuelle, troubles du psychisme ou du comportement**

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

- Déficience liée à l'épilepsie**

Type :

Fréquence des crises :

- Déficience de l'audition**

Troubles associés (acouphènes, vertiges, etc.) :

.....
.....

Déficiência du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité :

.....
.....

Déficiência de la vision

Préciser :

.....

- Amélioration possible Amélioration impossible
 Médicalement Chirurgicalement

Déficiência de la sphère digestive

Trouble de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit :

.....
.....

Déficiência de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination :

.....

Dialyse : Oui Non Fréquence hebdomadaire :.....
Greffe : Oui Non Date :..... Tolérance :.....

Déficiência métabolique, enzymatique

Type de diabète, obésité, nanisme, etc. :

.....
.....

Déficiência du système immunitaire et hématopoïétique

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

Déficiência de l'appareil locomoteur

Préciser la localisation, le type de trouble, l'existence de troubles sensitifs associés :

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

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance :

.....
.....

Déficience de la fonction cardio-respiratoire

.....
.....

Signes fonctionnels :

.....

Signes de décompensation cardiaque :

.....

Assistance respiratoire éventuelle :

.....

Greffe : Oui Non Date :..... Tolérance :.....

Mode de vie

Allergies et intolérances : Oui Non Non connu

(Si oui, préciser l'allergène et le type de réaction) :

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

Tabac : Oui Non N° de cigarettes par jour : depuis années

Vaccinations (joindre le carnet de vaccination, si existant)

| Type | Dernier rappel |
|------|----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Antécédents familiaux

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents personnels

Antécédents médicaux

Préciser date et diagnostic si connu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents chirurgicaux

Préciser date de l'intervention si connue

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hospitalisations

| Date | Lieu | Objet |
|------|------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Interventions chirurgicales à prévoir :

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

Remarques générales :

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

| |
|---|
| <p>Ce document est complété par le Docteur :</p> <p>En qualité de :</p> <p>Date :</p> <p style="text-align: center;">Cachet :</p> <p>Signature :</p> |
|---|