

Document socio-médico-éducatif



Confidentiel

Pour le centre Pélagie

Pélagie A.S.B.L.

N° 886398965

Siège social : rue D.Cambier,44 7160 Piéton Belgique

Tél 0032/ 71 54.58.80

0032/ 499 19.52.46

pelagiasbl@yahoo.fr

Lieu d'accueil et d'hébergement :

Rue E-Vandervelde, 144. 6141 Forchies-La-Marche Belgique

Tél 0032/491739610

Fax 0032/ 71545880

Documents importants à fournir (avant admission)

Documents administratifs

- Documents relatifs aux données administratives :
 - une orientation MDPH (validité 9 mois min)
 - la carte européenne délivrée par la Sécurité Sociale (validité 3 mois min.)
 - une copie du jugement de tutelle
 - la carte vitale
 - les documents de mutuelle
 - l'attestation de Sécurité Sociale (validité 3 mois min.)
 - l'accord de prise en charge de séjour*
 - CPAM d'affiliation de l'assuré
 - l'attestation de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)
 - 4 photos d'identité récentes

- Documents relatifs aux données médicales :
 - un bilan sanguin récent + groupe sanguin
 - un bilan dentaire et médical de moins de 6 mois
 - un rapport psychiatrique de moins de 6 mois
 - une prescription médicale sur laquelle figure l'ensemble des médicaments prescrits pour le patient qui sera envoyée à notre pharmacie
 - les médicaments pour 15 jours
 - le carnet de santé

- Documents relatifs aux données socio-éducatives :
 - un rapport de comportement récent (voir dossier d'admission complet en annexe)

** La demande de prise en charge des frais de séjour doit être formulée par l'assuré ou son représentant (Tuteur, organisme de tutelle...) et adressée auprès de la CPAM d'affiliation du protégé avec l'appui des documents suivants : Demande écrite de demande de prise en charge par l'assuré ou tuteur ; la décision d'orientation MDPH ; un courrier d'accord de l'établissement choisi prêt à accueillir la personne protégée et un RIB du destinataire (assuré ou tuteur) des règlements pour la mise à jour du fichier de l'assuré de la CPAM d'affiliation.*

Renseignements administratifs

Confidentiel

Rapport exclusivement destiné aux professionnels dans le cadre du secret partagé

Identité

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Lieu :

Nationalité :

Date d'entrée :

- 0 Statut Juridique :
- 0 Tutelle
- 0 Curatelle
- 0 Administration provisoire
- 0 Minorité prolongée
- 0 Autres

Adresse de la Tutelle :

.....

.....

Département :

Personne remplissant le formulaire :

Couverture sociale :

Numéro d'immatriculation :

Notification : A.V.I.Q. **MDPH** :

Aide sociale :

Mutuelle :

À cocher : FO - FAM - MAS

Informations sociales

Date de rédaction :

Composition familiale :

	Nom et prénom	Profession	Etat civil	Date de naissance	Nationalité
Père					
Mère					
Enfants					

Contexte familial :

.....

Retour en famille :

	mois	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois
1 x					
2 x					
3 x					
Plus					
Jamais					

Remarque :.....

Chemin hospitalier et/ ou institutionnel :

Lieux	Adresse	N° de téléphone	De.....	à.....

Remarque :.....

Informations Médicales

Date de rédaction :

Médecin **Généraliste** habituel :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Médecin **Psychiatre** habituel :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Médecin Spécialiste :

Nom :	Adresse	Spécialiste	Date

Poids:

Taille :

Groupe sanguin et rhésus :.....

Antécédents héréditaires :

Allergies :.....

Troubles :.....

Gynécologie :

Médecin **gynécologue** habituel :

Nom :

Prénom :

Adresse

Remarque :.....
.....

Pathologie :

Remarque :.....
.....

La médication :

Traitement
Mise à jour le :

Médicaments	Posologie	09h00	12h00	17h00	21h00

Médicament occasionnel du au inclus

Si agitation →

Vaccination :

Type de vaccin	Date	Rappel

Hospitalisation et/ ou interventions Chirurgicales :

	spécialité	date

Epilepsie

	Absences	Petit mal	Grand mal	Incontinence	De jour	De nuit
Oui						

non						

Remarque :

Problèmes alimentaires

Normal 0 Anorexie 0 Boulimie 0 Potomanie 0
 Encoprésie 0 Ingestion d'objets 0 Autres 0

Remarque :.....

Incontinence :

	Educative	Psychique	Physiologique	Autres
Fécale				
Urinaire				

Remarque :.....

Troubles du sommeil :

0 Ne nécessite aucune intervention extérieure au cours de la nuit
 0 Nécessite une ou plusieurs interventions par nuit

Remarque :.....

Autres troubles

Remarque :.....

Élément de santé mentale ou d'ordre psychiatrique :

Remarque :.....

L'importance de l'agressivité :

0 très grande 0 grande 0 moyenne 0 faible 0 inexistante

Remarque :.....

Vie sexuelle

- 0 Sans particularité
- 0 Nécessite l'attention de l'encadrement
- 0 incompatible avec la vie en collectivité

Remarque :

Autonomie Vision

- 0 Voit bien
- 0 Voit bien avec lunettes
- 0 Ne voit pas bien

Remarque :

Autonomie Audition

- 0 Entend bien
- 0 Entend bien avec appareil
- 0 Surdité

Remarque :

Langage Compréhension

- 0 Comprend tout ce qu'on lui dit
- 0 Ne comprend pas
- 0 Ne comprend que les phrases simples

Remarque :

Langage Expression

- 0 Parle normalement
- 0 Ne parle pas
- 0 Langage incompréhensible

Autonomie alimentation

- 0 Mange seule

- 0 Seule avec une aide
- 0 Obligation de lui donner à manger
- 0 Alimentation orale impossible

Autonomie déplacement

A plat

- 0 Seul sans appui
- 0 Seul avec appui

Escaliers

- 0 Seul sans appui
- 0 Seul avec appui

Autonomie toilette

- 0 seul
- 0 aide partielle
- 0 aide totale et collaboration
- 0 aide totale et passivité

Autonomie habillage

- 0 seul
- 0 aide partielle
- 0 aide totale et collaboration
- 0 aide totale et passivité

Autonomie incontinence

- 0 Pas incontinente
- 0 Occasionnelle
- 0 Urinaire seulement
- 0 Total

Autonomie lever/coucher

- 0 Se lève et se couche seule
- 0 Avec aide

Autonomie s'asseoir et se relever

- 0 Seule
- 0 Avec aide

Autonomie du sommeil

- 0 Ne nécessite aucune intervention extérieure au cours de la nuit
- 0 Nécessite une ou plusieurs interventions par nuit

Attitude vis-à-vis d'une activité

- 0 S'occupe spontanément seule et en groupe
- 0 Ne s'occupe que lorsqu'il est encadré
- 0 Aucune occupation

Conclusions diagnostiques :

Axe 1 :

Axe 2 :

Elément éducatif et prise en charge journalière

Prise en charge : Les évaluations qui suivent font état des capacités du résident dans une situation où il est encadré par un personnel soignant, éducatif, soutenu par une aide psychologique et qu'elle suit son traitement médical

L'hygiène :

	Seul	Avec aide	Dépendance
Se lave à l'évier			
Se douche			
S'essuie			
Fait sa toilette intime			
S'habille			
Se déshabille			
Se rase			
Se chausse			
Fait ses lacets			
Se coiffe			
Manipule un robinet			

Spontanément, se lave les mains avant le repas			
Règle la température			
Se brosse les dents			

Remarque :

Les déplacements :

	Seul	Avec aide	Dépendance
Marche			
Franchit une marche			
Sur sol irrégulier			
Maintient la station debout			
Se repère à l'intérieur			
Se repère à l'extérieur			

Remarque :

Le coucher, le lever, la nuit :

	Seul	Avec aide	Dépendance
Se couche			
S'endort			
Se lève			
Fait son lit			

Remarque :

Les repas :

	Seul	Avec aide	Dépendance
Met la table			
Utilise un couteau			
Utilise une fourchette			
Utilise une cuillère			
Coupe sa viande			
Beurre le pain			
Débarrasse la table			

Essuie la table			
Lave la vaisselle			
Essuie la vaisselle			
Range la vaisselle			

Remarque :

.....

Loisirs

	Seul	Avec aide	Dépendance

Habitudes de vie