



INSTITUT DEPARTEMENTAL ALBERT CALMETTE

Institut Médico Educatif

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



Dossier à expédier à l'adresse suivante :

**Institut Départemental Albert Calmette
Institut Médico Educatif
Route de Widehem - BP 129
62176 CAMIERS
Tél. 03.21.89.70.21
Fax. : 03.21.89.74 00**

**PIÈCES NÉCESSAIRES A LA CONSTITUTION
DU DOSSIER D'ADMISSION**
(Dès que l'accord vous aura été donné à l'issue de la visite de pré-admission)

Voici la liste des documents à fournir afin de compléter le dossier :

1. Sécurité sociale :

- ✓ Carte vitale
- ✓ Attestation avec notification de prise en charge à 100 %

2. Carte de mutuelle

3. Caisse d'Allocations Familiales

- ✓ Pour les titulaires d'AEEH : relevé du montant des prestations.

4. MDPH

- ✓ Notification de placement avec la mention Institut Médico Educatif
- ✓ Notification de l'AEEH (si, bénéficiaire)

6. Copie du livret de famille

7. Quatre photos d'identité

8. Carte d'identité

9. Attestation d'Assurance Responsabilité Civile

10. Carnet de Santé et photocopies des documents de vaccination

11. Carte de Groupe Sanguin

12. Ordonnance du traitement en cours

13. Bilans des professionnels

- Equipe éducative
- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Psychomotricienne
- Psychologue
- Orthophoniste
- Assistante sociale

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E. mail :

Personne qui effectue les démarches pour votre enfant et qui sera notre contact :

Nom : Prénom :

Adresse :

Lien de parenté avec le (la) candidat(e) :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable ou bureau :

E. mail :

Renseignement complémentaire concernant votre enfant

Médecin référent :

Date d'entrée souhaitée :

Joindre votre notification M.D.P.H.

Ci-joint le dossier médical à faire remplir par le médecin référent ou hospitalier

Fait, le

Signature

DOSSIER D'ADMISSION
Renseignements administratifs

1. ETAT CIVIL :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

❖ **Adresse de la famille :**

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Fratric :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E.mail :

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

❖ **M.D.P.H.** oui non

Demande en cours : oui non Date de dépôt du dossier :

N° de dossier : Département :

Nature de la demande :

❖ **Décision de la C.D.A.P.H. :**

- Institut Médico Educatif (I.M.E)
 - secteur polyhandicap
 - secteur autisme
 - SESSAD

❖ **Prestations accordées** (joindre les justificatifs) :

- Allocation AEEH
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

❖ **Sécurité Sociale :**

N° d'immatriculation :

CMU : oui non

Caisse d'affiliation :

Adresse :

Code Postal : Ville :

❖ **Mutuelle / complémentaire santé :**

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

❖ **Prestations familiales :**

Caisse d'Allocation Familiale / Mutualité Social Agricole⁽¹⁾ :

N° allocataire :

Caisse d'affiliation :

Adresse :

Code Postal : Ville :

⁽¹⁾ *Rayer la mention inutile*

3. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

❖ **Handicap de votre enfant :**

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

❖ **Parcours de soins :**

Etablissements sanitaires ou médico-social dans lesquels votre enfant a séjourné :

Nom de l'établissement	Ville	Date d'entrée	Date de sortie

Vie quotidienne et autonomie

A fin de cibler au mieux l'accompagnement de votre enfant, pourriez-vous remplir le questionnaire ci-après :

❖ Déplacements

✓ Aide technique

oui non

Intérieur *Type* :

Extérieur *Type* :

Distance maximum de déplacement à pied :

✓ Monter ou descendre un escalier

oui non

✓ Déplacements physiques :

limités à la structure participe aux sorties accompagnées

prend les transports en commun

❖ Vie quotidienne

✓ Toilette/habillage

• Autonomie pour la toilette oui non

• Préférences : Bain douche

• Produits de soins utilisés :

• Autonomie pour l'habillage oui non

✓ Elimination

• Continence urinaire

- Diurne oui non Nocturne oui non

• Continence fécale

- Diurne oui non Nocturne oui non

✓ Alimentation

• Autonomie pour les repas oui non

Si non :

Aide partielle Aide totale Aide technique

• Suivez-vous un régime alimentaire ?

oui non

si oui, lequel :

• Bénéficiez-vous d'un mode d'alimentation particulier ?

normal coupé haché mixé

✓ **Sommeil et repos**

- Heure du coucher :

✓ **Conviction spirituelle des parents**

- Religion : oui non
Si oui, laquelle ? :
- Pratiques religieuses : oui non
- Valeurs :

✓ **Appareillage**

(si oui précisez)

- Ouïe non oui :
- Vue non oui :
- Locomoteur non oui :

✓ **Autres aides nécessaires :**

Précisez :

❖ **Vie sociale**

✓ **Les modes de communication utilisés :**

- Verbale oui non
- Gestuelle oui non
- Compréhension bonne limitée
- Capacité d'échanges oui non
- Capacité d'échanges au téléphone oui non
- Précisez :

✓ **Activités/Loisirs :**

- | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------|---|
| Activités manuelles | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Piscine | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Cuisine | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Marche | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Danse | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Médiation animale | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Expressivité corporelle | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Ballade en poney | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Gym | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Ferme thérapeutique | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Jardin | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Bain détente | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Repas spectacle | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Massage relaxation | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Musique | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Esthétique | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Activités créatives | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Sorties au Restaurant | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Bois | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Sorties au magasin | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Pataugeoire | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Sorties « nature » | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

DOSSIER MÉDICAL D'ADMISSION
(à remplir par le médecin)

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Tél. portable :
E.mail :

Personne à prévenir en priorité

Nom : Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Tél. portable :
E.mail :

Médecin adressant

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Tél. portable :
E.mail :

Pièces à joindre :

- compte rendu de séjour d'hospitalisation
- bilans de séjour des précédentes institutions

La loi du 4 Mars 2002 et le décret du 29 avril 2002 ont consacré le droit d'accès pour chaque usager du système de santé à l'ensemble des informations concernant sa santé. Selon l'Art.L.1111-7 du code de la santé publique, toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenue par les professionnels et les établissements de santé. Vous pouvez donc réclamer votre dossier directement sans passer par un médecin.

❖ **Renseignements médico-chirurgicaux liés à l'origine du handicap**

✓ Diagnostic médical

.....

✓ Diagnostic spécialisé

- Psychiatrie (joindre le dernier courrier d'hospitalisation) :

.....

- Handicap :

Congénital Physique Sensoriel Cécité Surdité

Acquis, depuis le :

- Troubles du comportement :

Types :

❖ **Suivi psychiatrique de secteur :**

Depuis quelle année ? De quel secteur ?

.....

❖ **Antécédents**

✓ Somatiques

oui non Précisez.....

✓ Psychiatriques

oui non Précisez.....

❖ **Pathologies actuelles**

✓ Epilepsie

oui non Précisez.....

✓ Hémiplégie

oui non Précisez.....

✓ Diabète

oui non Précisez.....

✓ Allergie (s)

oui non Précisez.....

✓ Troubles de la mémoire

oui non Précisez.....

✓ Troubles de l'attention

oui non Précisez.....

✓ Troubles du raisonnement

oui non Précisez.....

✓ Troubles du langage

oui non Précisez.....

✓ Troubles du sommeil

oui non Précisez.....

✓ Anosognosie Somatique

oui non Précisez.....

✓ Dépression

oui non Précisez.....

✓ Anxiété

oui non Précisez.....

✓ Irritabilité

oui non Précisez.....

✓ Agressivité

oui non Précisez.....

✓ Délire

oui non Précisez.....

✓ Autre (précisez)

oui non Précisez.....

❖ **Evaluation de l'autonomie**

✓ **Aspect relationnel**

- Communication verbale oui non
- Orientation temporelle oui non
- Orientation spatiale oui non
- Lucidité et cohérence oui non
- Sociabilité oui non
- Désinhibition oui non
- Inhibition oui non
- Opposition oui non

✓ **Alimentation**

- Texture normale oui non
- Texture moulinée oui non
- Texture mixée oui non
- Régime : oui non
- Lequel :
- Risque de fausses routes : oui non

✓ **Locomotion**

- Marche seul oui non
- Marche avec une aide humaine oui non
- Marche avec déambulateur oui non
- Fauteuil roulant oui non
- Marche impossible oui non

✓ **Hygiène**

- Toilette seule oui non
- Toilette avec aide oui non
- Toilette complète oui non
- Habillage seul oui non
- Habillage avec aide oui non
- Habillage complet oui non

✓ **Eliminations**

- Incontinence urinaire oui non
- Incontinence fécale oui non

✓ **Sensoriel**

- Vue : Bon Moyen Non voyant
- Ouïe : Bon Moyen Sourd

✓ **Prothèses**

- Lunettes oui non
- Auditive oui non
- Autre :

✓ **Soins infirmiers**

- Soins locaux oui non
- Soins < à 15 mn oui non
- Soins > à 15 mn oui non

❖ **Suivis Thérapeutiques**

	En cours	Souhaitée
Psychothérapie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Orthophonie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ergothérapie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Psychomotricité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Observations

.....

.....

.....

.....

.....

Fait, le Signature