



Dossier à remplir en vue d'une aide à la recherche d'un accueil familial social

DEMANDE POUR UNE PERSONNE :

AGÉE (PLUS DE 60 ANS) :

HANDICAPÉE :

La personne est elle informée de la demande : oui non faible capacité de compréhension
 La personne est elle consentante : oui non n'est pas en mesure de donner son avis

TYPE D'ACCUEIL SOUHAITÉ :

Temporaire Permanent Séquentiel (soirs, week-end, vacances...)

La personne souhaitant être accueillie en famille d'accueil :

(A remplir par la personne concernée et/ou son entourage familial ou médico-social)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date et lieu de naissance :/...../..... à

Adresse du lieu de résidence au moment de la demande :

Tel : Mail :

Nationalité :

N° de sécurité sociale :

Pour les personnes handicapées :

- Numéro de classothèque (**dossier MDA**):

- Taux d'incapacité reconnu :

Pour les personnes âgées :

Des demandes en établissement ont-elles été déposées ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Profession actuelle ou antérieure :

Situation familiale : marié(e) veuf (ve) séparé (e) et/ou divorcé (e) célibataire

Conjoint (préciser adresse si lieu de résidence différent) :

Enfants:

Nom	Âge	Coordonnées

La personne qui accompagne la demande ou le service adresseur (réfèrent) :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

☎ : ① :

Qualité :

Famille (à préciser) :

Responsable légal : Médecin Traitant Services Sociaux

Autres (à préciser) :

INFORMATION CONCERNANT LA PERSONNE CANDIDATE

Sa situation actuelle :

A domicile A l'hôpital En établissement

Autres (à préciser) :

Date d'arrivée :

Lieux de vie précédents :

✚
 -Date d'arrivée :
 -Date de départ :

✚
 -Date d'arrivée :
 -Date de départ :

✚
 -Date d'arrivée :
 -Date de départ :

L'interlocuteur familial privilégié :

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ : ① :

Entourage familial et amical :

.....

Ce questionnaire est une partie essentielle pour l'orientation en accueil familial. La précision des informations permet l'adéquation de l'orientation de la personne vers un projet adapté.

COHERENCE / ORIENTATION

Capacité d'évaluation

- Évalue les situations
- Évalue les situations mais petits conseils nécessaires
- A besoin d'être fortement conseillé
- N'évalue pas les situations
- Ne reconnaît pas toujours les personnes

Orientation dans le temps

- Aucun problème
- Perte de repère : précisez.....
- Aucun point de repère

Troubles de l'humeur et du comportement, s'il y a lieu :

.....

.....

.....

HYGIENE CORPORELLE / HABILLEMENT

Hygiène corporelle

- Se lave seul(e)
- A besoin d'être installé(e) pour la toilette faite seul (e)
- A besoin d'être aidé(e) partiellement (toilette dos ou partie du corps)
- A besoin d'être stimulé(e) de façon importante
- A besoin d'être aidé(e) totalement

Habillement

- S'habille seul(e)
- A besoin d'être installé(e) pour s'habiller
- A besoin d'être aidé(e) partiellement ou orienté(e)
- A besoin d'être stimulé(e)
- A besoin d'être aidé(e) complètement

ALIMENTATION

Régime diététique,

Précisez.....

.....

- | | | | |
|-----------------|---|---|---------------------------------|
| Se sert seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Mange seul (e) | <input type="checkbox"/> Sans stimulation | <input type="checkbox"/> Avec stimulation | |
| Texture | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Mixée | <input type="checkbox"/> Hachée |

Allergie connue :

.....

CONTINENCE VESICALE ET ANALE

Incontinence	Jour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Nuit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Protections urinaires	Gère seul(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Avec aide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Protection pour les selles	Gère seul (e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Avec aide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

TRANSFERTS

Se lève seul(e) du lit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se met seul(e) au lit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se lève seul(e) d'un fauteuil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

DEPLACEMENTS

Conduit son automobile seul(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prend les transports en commun seul(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prend un ascenseur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Marche seul(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-----------------------	------------------------------	------------------------------

Marche avec soutien		
Canne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déambulateur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Utilise un fauteuil roulant		
Par intermittence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le fait rouler	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se déplace du lit au fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Se déplace du fauteuil aux toilettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Déambulation de jour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-----------------------------	------------------------------	------------------------------

SOMMEIL

Troubles du sommeil

- Aucun problème
- Correct avec un traitement
- Agitation
- Déambulation

Date :

Nom et qualité de la personne ayant rempli la fiche :

Signature :

Autres éléments :

Bénéficiaire d'aide ou d'intervenants extérieurs :

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Suivi CMP | <input type="checkbox"/> | Soins Infirmiers à Domicile | <input type="checkbox"/> |
| Suivi psy privé | <input type="checkbox"/> | Aide-ménagère : | <input type="checkbox"/> |
| Accueil de jour : | <input type="checkbox"/> | Infirmière Libérale : | <input type="checkbox"/> |
| SAJ : | <input type="checkbox"/> | Télé Alarme : | <input type="checkbox"/> |
| ESAT : | <input type="checkbox"/> | Kinésithérapie : | <input type="checkbox"/> |
| SAVS : | <input type="checkbox"/> | Portage de repas : | <input type="checkbox"/> |
| ASE : | <input type="checkbox"/> | | |
| Pôle Emploi : | <input type="checkbox"/> | | |
| Autres : | <input type="checkbox"/> | | |

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Bénéficiaire de l'aide de sa famille : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Bénéficiaire de l'aide du voisinage : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Doit être accompagné(e) dans tous les déplacements : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Centres d'intérêts – Loisirs :

.....

.....

.....

.....

.....

Habitudes de vie (télévision, sorties, rythme de vie, cigarette ...).

.....

.....

.....

.....

.....

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Apprécie la compagnie des enfants ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Apprécie les animaux : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, a un animal : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Souhaite le garder : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Motifs/souhais à l'origine de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

