



HADEP asbl

Centre Pazhapa - Hadep asbl
Centre d'hébergement agréé par la COCOF



DOSSIER D'ADMISSION

Centre PaZhapa - Hadep asbl

Nom & prénom :

Né le :

Dossier complété par :

.....

Tél. de la personne de contact :

Date de la demande :

*A renvoyer à Mme Mégane Boutry – Assistante sociale
Chaussée de Neerstalle, 265 – 1190 Bruxelles
Tél. : 02/376.56.98 - Fax : 02/332.20.52
assistant-social@pazhapa.com*

Date de réception de la demande :

LA PROCÉDURE D'ADMISSION

Elle comprend 3 étapes principales :

- 1) Le **dossier d'admission** complété est à renvoyer au service social. **Doit être joint à celui-ci :**
 - une copie de la décision de principe de la COCOF / AWIPH / Vlaams Fond pour un accueil en hébergement adulte si disponible ou à défaut une attestation psycho-médico-sociale d'orientation (COCOF : 02/800.80.55)
 - Un rapport psychiatrique ou psychologique récent (si la personne est suivie : les rapports peuvent être adressés au Dr Struyve, médecin de l'institution).
 - Les copies des éventuels rapports d'accompagnement d'institutions disponibles.
- 2) Si la candidature est recevable, un **premier entretien** est organisé avec le candidat (présence obligatoire), sa famille et/ou le référent, en présence de l'assistante sociale et du chef éducateur. Lors de cet entretien une visite du centre d'hébergement est prévue.

Au terme de cet entretien, une farde de documentation est remise au candidat. Celle-ci comprend le règlement d'ordre intérieur, un exemplaire de la convention d'accueil, la charte vie affective et sexuelle.

- 3) Dans le mois, un **second entretien** est organisé avec l'assistante sociale et la psychologue. Cet entretien permet d'approfondir la candidature et aborde des questions liées au fonctionnement de la personne. Il permet également de répondre aux questions liées à la lecture des documents remis, ou du premier entretien.

Après le second entretien, le point est fait avec la coordinatrice pédagogique afin de s'assurer qu'il ne manque aucun élément pour prendre une **décision en équipe**. Si le dossier est complet, la candidature est présentée en équipe afin de décider si le candidat est inscrit sur notre liste d'attente.

Une **période d'essai** est prévue lors de l'entrée effective du candidat au sein de l'institution. La période habituelle de cet essai est d'un mois mais celui-ci peut être prolongé en cas de nécessité. Durant l'essai, chaque partie est en droit de mettre fin à l'accueil moyennant un entretien préalable avec un responsable de l'institution.

ANALYSE DE LA DEMANDE

Motif de la demande

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

Quels sont les souhaits en termes de projet de vie émis :

- par la personne :

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

- par la famille :

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

- par l'institution demandeuse :

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

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

PERSONNE POUR QUI EST INTRODUITE LA DEMANDE

Nom :

Prénom :

Lieu et date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Nationalité : N° de registre national :

SA FAMILLE

<i>Père</i>	<i>Mère</i>
Nom :	Nom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Tél :	Tél :

Frères et sœurs : (nom, prénom, date de naissance)

.....

.....

.....

.....

Personnes ressources, autres que la famille proche :

.....

.....

.....

STATUT JURIDIQUE

Administration de biens : Oui Non

Nom :

Lien avec la personne :

Adresse :

Tél. :

Administration de la personne : Oui Non

Nom :

Lien avec la personne :

Adresse :

Tél. :

Personne(s) de confiance : Oui Non

Nom : Nom :

Lien avec la pers. : Lien avec la pers. :

Adresse : Adresse :

Tél : Tél :

Minorité prolongée : Oui Non

Tuteur :

Lien avec la personne :

Adresse :

Tél. :

MUTUELLE

Nom et n° d'affiliation :

.....

ALLOCATIONS

Allocations familiales : oui non

Allocations d'intégration / de remplacement de revenu : oui non

Autres :

DOSSIER PÉDAGOGIQUE

PARCOURS DE LA PERSONNE

Parcours scolaire

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

Centre(s) de jour / ETA / Service d'activités en journée

.....
.....

Centre(s) d'hébergement (précédent(s) et actuel + dates)

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

LIEU D'ACTIVITÉS ACTUEL EN JOURNÉE

Pas d'activité scolarisé(e) Centre d'activités de jour Entreprise de travail adaptée

Coordonnées du lieu d'activité :

Personne de contact sur le lieu d'activité :

LOISIRS

Ce qu'il/elle aime :

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

Ce qu'il/elle n'aime pas :

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

Activités régulières (organismes fréquentés) :

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

Il/Elle peut se concentrer au moins 15 minutes sur une activités 0 Oui 0 Non

Occupation, loisirs

- S'occupe moyennant une prise en charge individualisée constante
- S'occupe avec stimulation.
- S'occupe seul et prend spontanément des initiatives.

SOMMEIL

S'endort facilement	0 Oui	0 Non
Dort toute la nuit	0 Oui	0 Non
A besoin de rituels d'endormissement	0 Oui	0 Non
Si, oui, lesquels ?		
A besoin de barreaux de lit	0 Oui	0 Non
Dort dans une chambre seul	0 Oui	0 Non
Capable de partager une chambre double	0 Oui	0 Non

AUTONOMIE

Motricité

Motricité globale (se déplacer, monter des marches, perte d'équilibre, aide à la marche, etc.)

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

Motricité fine (feuilletter un livre, tenir un crayon, manipuler de petits objets, etc.)

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

Vue et ouïe (porte des lunettes, porte un appareil auditif, besoin d'aménagements spécifiques, etc.)

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

Repères dans l'espace et le temps (sait se déplacer dans des lieux connus intérieurs et extérieurs, sens de l'orientation, se repère dans le temps, comprend l'heure, etc.)

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

Alimentation (utilisation des couverts, propreté, régime alimentaire particulier, etc.)

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

Hygiène (se lave seul, ou pas entièrement, se laver les cheveux, besoin de stimulation ou de supervision, etc.)

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

Sait se brosser les dents 0 *Oui, seul* 0 *Oui, avec aide* 0 *Non*

Sait se raser 0 *Oui, seul* 0 *Oui, avec aide* 0 *Non*

Peut-il/elle se rendre seul aux toilettes ? 0 *Oui* 0 *Non*

A-t-il/elle des énurésies ou encoprésies ? 0 *Énurésie* 0 *Encoprésie*

0 *Ponctuelle* 0 *Récurrente*

Emploie-t-il/elle des langes ? 0 *Oui* 0 *Non*

Peut-il/elle les gérer de manière autonome (placer le linge, le retirer et le jeter lorsque c'est nécessaire) ? 0 *Oui* 0 *Non*

.....
.....

Habillement (*choisit ses vêtements en adéquation avec le temps, peut les enfiler seul, besoin de stimulation, sait faire ses boutons, une tirette ou des lacets, etc.*)

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

Autonomie personnelle

Comportement	Non	La personne peut le faire		
		Avec accompagnement permanent	Avec stimulation ponctuelle	De manière autonome
Utiliser les transports en commun				
Utiliser une machine à laver				
Différencier son linge propre du sale				
Faire son lit, changer ses draps				
Entretenir sa chambre				
Préparer des repas simples				
Débarrasser la table				
Faire la vaisselle				
Faire des achats				
Compter pièces et billets de monnaie				
Compter un retour de monnaie				
Utiliser le téléphone				
Effectuer une démarche administrative				
Préparer ses médicaments				
S'occuper				

Si la personne reçoit de l'argent de poche, quelle somme peut-elle gérer ? Par jour ou pour une durée plus longue ?

.....
.....

Sorties et déplacements extérieurs

- Autonome dans ses déplacements extérieurs
- Capable d'effectuer un déplacement avec des explications préalables ou un apprentissage
- Se déplace seulement accompagné
- sait demander de l'aide s'il/elle se perd

La personne fait-elle attention aux feux de signalisation ? 0 *Oui* 0 *Non*

La personne a-t-elle conscience du danger ? 0 *Oui* 0 *Non*

La personne prend-t-elle parfois des initiatives inadéquates ou dangereuses ?

Si oui, expliquez :

.....
.....

Habiletés relationnelles

Recherche le contact avec les autres : 0 *Oui* 0 *Non*

Intégration aux activités et à la vie collective

- Mis dans un groupe, y reste volontiers mais passivement.
- Participe et manifeste un certain intérêt moyennant stimulation.
- Participe activement aux activités organisées et à la vie communautaire.

A-t-il/elle déjà pris part à des séjours organisés ? 0 *Oui* 0 *Non*

Si oui, avec quels organismes et comment cela s'est-il passé ?

.....
.....

Quelles relations entretient-il/elle en générale avec :

- un groupe ? (*tendance à s'isoler, reste avec le groupe, conflit, participe aux activités ou échanges, etc.*)

.....
.....

- les éducateurs ?

.....
.....

Comportements

Comportements observés	Aucune manifestation	Manifesté dans les 12 derniers mois	Manifesté de manière ponctuelle	Manifesté fréquemment
Sautes d'humeur				
Colères				
Agitation				
Angoisses				
Comportement stéréotypé ou répétitif				
Reste à l'écart du groupe				
Echolalie				
Parle avec excès				
Affect non- approprié aux circonstances				
Comportement sexuel inadéquat				
Comportement social inadéquat				
Violence verbale				
Violence physique				
Prendre les affaires des autres sans demander				
Comportement d'automutilation				
Fugue				
Consommation d'alcool ou de médicaments				

Autre (à spécifier) :

.....

La personne a-t-elle des difficultés face aux changements ? Si oui lesquelles et comment selon vous l'aider sur ce plan ?

.....

Comportement habituel face à la frustration ?

.....

Comportement habituel face à l'autorité ?

.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (à remplir par le médecin traitant)

CONCERNE :

Né(e) le :

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Tél. :

PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE

Nom :

Adresse :

Tél. :

AUTRES SPÉCIALISTES ÉVENTUELS

Nom : Nom :

Spécialité : Spécialité :

Adresse : Adresse :

Tél. : Tél. :

ANAMNÈSE MÉDICALE

Nature et origine du handicap

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

Evaluation (testing, QI, année) :

.....
.....

Troubles et pathologies associées

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

État de santé général

Taille :
Poids :
Groupe sanguin :

Est-il/elle capable de signaler un problème de santé ? 0 *Oui* 0 *Non*

Diabète : 0 *Oui* 0 *Non* *Type* :

Affections cardiaques : 0 *Oui* 0 *Non*

Préciser :

Affections respiratoires : 0 *Oui* 0 *Non*

Préciser :

Affections cutanées : 0 *Oui* 0 *Non*

Préciser :

Affections auditives : 0 *Oui* 0 *Non*

Préciser :

Affections visuelles : 0 *Oui* 0 *Non*

Préciser :

Asthme : 0 *Oui* 0 *Non*

Allergies : 0 *Oui* 0 *Non*

Préciser :

Somnambulisme : 0 *Oui* 0 *Non*

Hépatite : 0 *Oui* 0 *Non*

Préciser :

SIDA : 0 *Oui* 0 *Non*

Tabac et/ou assuétudes : 0 *Oui* 0 *Non*

Préciser :

Epilepsie : 0 *Oui* 0 *Non* *Stabilisée* : 0 *Oui* 0 *Non*

Y a-t-il des facteurs déclenchants les crises d'épilepsie éventuelles ?

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

Autres maladies :

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

Suit-il/elle un régime particulier ? 0 *Oui* 0 *Non*

De quel type?

Quels sont les aliments proscrits ?

.....
.....

Antécédents médicaux

Hospitalisations éventuelles (lieu - date - motif)

.....

Antécédents médicaux majeures (préciser l'année)

.....

La personne suit-elle un régime ? 0 *Oui* 0 *Non*

Si oui, de quel type?

Aliments contre-indiqués ?

Tabac et/ou assuétude(s) :

MÉDICATION

Médication	Déjeuner 8h	Midi 12h	Goûter 16h	Souper 18h30	Coucher	Périodicité (si pas tous les jours).

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ET HOSPITALISATIONS :

Un diagnostic psychiatrique a-t-il été posé ? Si oui, lequel, par quel médecin et en quelle année ? (joindre rapport psychologique si disponible).

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

Y a-t-il eu des hospitalisations ? Si oui, dates, causes et durée de l'hospitalisation (joindre une copie des rapports de sorties si disponibles)

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

La personne présente-t-elle des troubles du comportement ? Si oui, lesquels ?

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

Quels sont les sources d'angoisses éventuelles pour la personne ?

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

Signature et cachet du médecin :