

Photo d'identité

DOSSIER D'ADMISSION

PaZhapa - Hadep asbl

Nom & prénom :

Né le :

Dossier complété par :

.....

Tél. de la personne de contact :

Date de la demande :

*A renvoyer à Mme VANROESSEL Françoise – Assistante sociale
Chaussée de Neerstalle, 265 – 1190 BRUXELLES
Tel : 02/376.56.98- Fax : 02/332.20.52
as@hadep.be*

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 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'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 de la chef éducatrice. 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.

QUESTIONNAIRE

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

Nom :

Prénom :

Lieu et date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Nationalité : N° national :

N° COCOF/ AWIPH / VF :

Administration de biens : oui non.

Nom

Adresse :

Tél. :

Minorité prolongée : oui non

Renseignements mutuelle :

Nom et n° d'affiliation :

.....

Situation familiale :

Nom et date de naissance

du père :

de la mère :

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

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

Personnes ressources, autres que la famille proche :

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

Parcours de la personne (scolaire, institutionnel ou autre) :

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

Lieu d'activité 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 :

COMPORTEMENT ET CAPACITES DE LA PERSONNE

➤ Sommeil

S’endort facilement oui non.

A besoin de rituels d’endormissement oui non.

Si, oui, lesquels ?

.....

Dort toute la nuit oui non. A besoin de barreaux de lit oui non.

Dort dans une chambre seul oui non.

Capable de partager une chambre double oui non.

➤ Autonomie personnelle.

La personne a-t-elle conscience de ses limites ? oui non.

Veillez cocher d’une croix la case correspondante pour chaque ligne

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				
Entretenir sa chambre				
Préparer des repas simples				
Faire des achats				
Compter pièces et billets de monnaie				
Compter un retour de monnaie				
Utiliser le téléphone				
Effectuer une démarche administrative				
Préparer ses médicaments				

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

.....

➤ Communication

- Lecture

- Ne sait pas lire et ne reconnaît pas les pictogrammes
- Reconnaît son nom et quelques mots ou des pictogrammes
- Sait lire des phrases simples ou un texte simple
- Lit couramment

- Ecriture

- Ne sait pas écrire
- N'écrit pas spontanément mais peut recopier son nom ou quelques mots
- Ecrit spontanément son nom et quelques mots clés
- Peut écrire une phrase simple ou un petit texte

- Expression

- Langage oral simple (quelques mots, phrases simples)
- S'exprime oralement de façon appropriée – sait tenir une conversation cohérente.

La personne a-t-elle des difficultés d'élocution, d'articulation ? oui non.

La personne peut-elle tenir un discours incohérent ? oui non.

- Compréhension.

- Comprend un langage simple
- Comprend une phrase complexe, avec plusieurs consignes

- Demander de l'aide :

- Panique au lieu de demander de l'aide.
- Demande de l'aide lorsque celle-ci est nécessaire mais de manière inadéquate
- Demande de l'aide lorsque celle-ci est nécessaire et de manière adéquate.

➤ Mémoire

- Restitue un évènement proche
 - avec peu de cohérence de manière claire
- Restitue une partie d'un évènement lointain
 - avec peu de cohérence de manière claire

La personne : Ne retient pas les consignes
 Retient et comprend une consigne simple
 Retient et comprend plusieurs consignes données

➤ Concentration

La personne peut- elle se concentrer un quart d'heure au moins sur une activité ?

.....

➤ Adaptation

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

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

➤ Socialisation

• Contact

Donne une réponse appropriée à une interpellation : OUI/ NON

Recherche le contact avec les autres : Oui / non/ pas toujours

• Occupation, loisirs

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

La personne prend-t-elle parfois des initiatives inadéquates ou dangereuses ? Si oui, expliquez :

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

• 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.

• La personne a-t-elle déjà pris part à des séjours organisés ? oui non.

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

.....
.....

• 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 si se perd

La personne fait-elle attention aux feux de signalisation ? oui non.

Autonome dans ses déplacements au sein d'un endroit connu :

La personne a-t-elle conscience du danger ? oui non.

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 physique ou verbale				
Prendre les affaires des autres sans demander				
Comportement d'automutilation				
Fugue				
Consommation d'alcool ou de médicaments				

Autre (à spécifier) :

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

- Comportement habituel face à la frustration ?

.....
.....

- Comportement habituel face à l'autorité ?

.....
.....

- Comportement habituel en présence des autres personnes :

.....
.....

- Loisirs et centres d'intérêts :

.....
.....

➤ Autonomie fonctionnelle

- Alimentation

- Utilise les couverts et s'alimente seul avec aide minimale (viande coupée).
- S'alimente seul sans difficultés.

- Hygiène personnelle

- Peut faire sa toilette avec aide
- Fait sa toilette seul mais a besoin de rappels
- Fait sa toilette seul et spontanément

La personne sait-elle se laver les cheveux ? oui, seule oui avec aide non.

La personne sait-elle se brosser les dents ? oui, seule oui avec aide non.

La personne sait-elle se raser ? oui, seule oui avec aide non.

- Habillement

- S'habille avec l'aide de quelqu'un uniquement.
- S'habille seul avec stimulation
- Autonome.

La personne a-t-elle besoin d'être guidée pour le choix de ses vêtements :

En fonction de la météo ? oui non.

En fonction de l'activité ? oui non.

La personne sait-elle différencier son linge sale du linge propre ? oui non.

Faut-il lui rappeler de se changer ? oui non.

- Utilisation des toilettes (w.c) :

- Utilise avec aide
- Utilise seule avec stimulation.
- Totalement autonome

Incontinence jour (selles ou urine) occasionnelle.

nuit (selles ou urine) Néant

La personne porte t'elle des langes ? oui, jour et nuit oui, uniquement la nuit non.

Si oui, sait-elle les changer seule ? oui non.

➤ Habilités sensori-motrices

- Mobilité

Utilise un fauteuil roulant dans son milieu de vie à l'extérieur.

- Marche difficilement dans son milieu de vie à l'extérieur.
- Marche de façon autonome

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (à remplir par le médecin traitant)

CONCERNE :
Né(e) le :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Tél. :

Psychiatre ou suivi psychologique:

Nom :

Adresse :

Tél. :

Nature et origine du handicap :

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

Evaluation (testing, QI, année) :

.....
.....

Troubles ou pathologies associées :

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

➤ Antécédents médicaux :

La personne est-elle atteinte de

- | | | |
|----------------------------|-----------|--------------------------|
| • Diabète | oui – non | type : |
| • Affections cardiaques | oui – non | préciser : |
| • Affections respiratoires | oui – non | préciser : |
| • Affections cutanées | oui – non | préciser : |
| • Asthme | oui – non | |
| • Allergies | oui – non | préciser : |
| • Somnambulisme | oui – non | |
| • Hépatite | oui – non | si oui, laquelle : |
| • SIDA | oui – non | |
| • Epilepsie | oui – non | Stabilisée ? oui – non |

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

.....

- Autres maladies :

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

- Ouïe : (problématique particulière)

- Vue : (problématique particulière)

Antécédents médicaux majeurs (préciser l'année):

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

Opérations subies (préciser l'année) :

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

La personne sait-elle signaler qu'elle a un problème de santé ?.....

La personne suit-elle un régime ? oui non.

Si oui, de quel type?

Aliments contre-indiqués ?

Tabac et/ou assuétude(s) :

➤ **Traitement actuel**

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 :