

Date de la demande:

Rempli par

M.A.S.

F.A.M.

F.L.

Nature : Hébergement permanent

Hébergement temporaire

**Assistance
médico-technique
à domicile**

▶ N° Vert 0 800 027 273

- Montpellier
- Narbonne
- Nîmes
- Perpignan
- Alès

**Hospitalisation
à domicile**

- Montpellier

▶ N° Vert 0 800 104 001

- Nîmes

▶ N° Vert 0 800 037 232

- Alès

▶ N° Vert 0 800 303 038

**Etablissements
médico-sociaux**

- Centre Apighrem

Saint-Mathieu-de-Trévières
Tél. 04 67 55 16 00

*Maison d'accueil spécialisée
Foyer d'accueil médicalisé
Service de soins externalisés*

- Les Grands Arbres

Viols-le-Fort
Tél. 04 67 55 01 01

Foyer logement

**Formation
Professionnelle**

▶ N° Vert 0 800 303 038

*Activité enregistrée par la
Préfecture de l'Hérault
sous le n° 91340724534*

Situation personnelle

Nom de naissance Prénom

Nom d'époux :

Né (e) le : à Département de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

Célibataire

Marié

Séparé

Divorcé

Veuf

PACS

Concubin

Adresse de résidence :

.....

Téléphone : Mobile :

Courriel :

Situation sociale de la personne handicapée :

Situation actuelle par rapport à l'activité ou l'emploi

<input type="checkbox"/>	Chômage	<input type="checkbox"/>	Activité professionnelle (même non rémunérée CAT...)	<input type="checkbox"/>	Arrête Maladie ou AT/MP
<input type="checkbox"/>	Affection de longue durée	<input type="checkbox"/>	Invalidité	<input type="checkbox"/>	Scolarisation, formation initiale et /ou autres formations non rémunérées
<input type="checkbox"/>	Au foyer	<input type="checkbox"/>	Retraite anticipée	<input type="checkbox"/>	Retraité à l'âge normal
<input type="checkbox"/>	Congés parental	<input type="checkbox"/>	Autre inactif	<input type="checkbox"/>	Non précisé

Préciser la date du début de cette situation

Ressources

<input type="checkbox"/>	Salaire et autres	<input type="checkbox"/>	Allocation chômage	<input type="checkbox"/>	AAH
<input type="checkbox"/>	RSA	<input type="checkbox"/>	Prestation Familiale	<input type="checkbox"/>	Allocation Logement
<input type="checkbox"/>	Autre(s) allocation(s)	<input type="checkbox"/>	Retraite anticipée	<input type="checkbox"/>	Retraité à l'âge normal

Pension d'invalidité

<input type="checkbox"/>	Pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>	1 ^{ère} catégorie	<input type="checkbox"/>	2 ^{ème} catégorie	<input type="checkbox"/>	3 ^{ème} catégorie (MPT)
<input type="checkbox"/>	Pension d'incapacité			<input type="checkbox"/>	Pension d'invalidité totale		
<input type="checkbox"/>	Rente AT/MP	<input type="checkbox"/>	Majoration tierce personne de la rente AT				Taux
<input type="checkbox"/>	Pension militaire d'invalidité ou de victime de guerre			<input type="checkbox"/>	Majoration Tierce Personne		Taux
<input type="checkbox"/>	Pension civile d'invalidité			<input type="checkbox"/>	Majoration spéciale (Tierce Personne)		
<input type="checkbox"/>	Autre pension d'invalidité			<input type="checkbox"/>	Autre majoration tierce personne		

Autre situations

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Retraite | <input type="checkbox"/> Autres revenus | <input type="checkbox"/> Aide sociale |
| <input type="checkbox"/> Absence de ressource personnelle | <input type="checkbox"/> Non précisé | <input type="checkbox"/> Allocation Logement |

Situation administrative

Orientation MDPH

Nature de l'orientation :

Date de validité :

Département émetteur de l'orientation :

Avez-vous déjà demandé l'instruction d'un dossier PCH ?

Si oui auprès de quel département

Autres éléments de prestation de compensation :

Aides humaines : oui non

Autres :

Orientation CDAPH de l'accueil temporaire :

Protection juridique des Majeurs

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Curatelle |
| <input type="checkbox"/> | Curatelle renforcée |
| <input type="checkbox"/> | Tutelle |

Demande de mesure en cours

Mesure exercée par :

Nom du tuteur/curateur :

Coordonnées :

Caisse d'assurance maladie

Nom :

Adresse :

Nom de l'assuré si différent du demandeur :

Autre organisme de prise en charge (mutuelle, CMU)

Besoin d'aide humaine

- | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Conjoint | <input type="checkbox"/> | Enfant | <input type="checkbox"/> | Parent |
| <input type="checkbox"/> | Frère/Sœur | <input type="checkbox"/> | Autre Parent | <input type="checkbox"/> | Ami/Voisin |

Nature de l'aide

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Actes essentiels | <input type="checkbox"/> | Vie domestique | <input type="checkbox"/> | Déplacement extérieur |
| <input type="checkbox"/> | Surveillance | <input type="checkbox"/> | Soutien psychologique | <input type="checkbox"/> | Soins |

Temps d'intervention sur les actes essentiels / 24h :

Toilette

Habillage.....

Elimination

Alimentation.....

Déplacement dans le logement

Démarche administrative.....

Participation à la vie sociale.....

Surveillance

Déplacements extérieurs :

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Utilisation d'un véhicule personnel |
| <input type="checkbox"/> | Utilisation d'un transport en commun adapté |

Soins paramédicaux :

I.DE.

Toilette – Nursing surveillance = AIS 3.....
.....
.....

Soins techniques = AMI

- Sondage Urinaire Intermittent
- Sondage Urinaire permanent
- Aspiration endotrachéale
- Préparation du Traitement

Pansements

- Escarre
- Trachéotomie
- Sonde d’Alimentation
- Porta Cath
- Cysto Cath

DOSSIER MEDICAL

Fiche médicale d'admission à faire remplir par le médecin traitant et à nous retourner sous enveloppe.

Nom.....Prénom.....

Date

Pathologie principale :

.....

Pathologies associées :

.....

.....

Antécédents principaux :

.....

.....

.....

Médecin traitant.....

Médecin spécialiste

Taille :**Poids :**

Description clinique :

.....

.....

.....

Vision :

Acuité visuelle :

Restriction champs visuel :

Audition :

Déficiences motrices et retentissement fonctionnel

.....

Symptômes majorant les déficiences

.....

Traitement régulier :

Nom	Posologie	Voie d'administration

Assistance nutritionnelle :

Assistance ventilatoire :

Fiche remplie par docteur

Coordonnées :

.....

Téléphone :