



sainte
agnès
Pôles de Vie

Ensemble, construire l'avenir de chacun

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

Demande pour : Personne âgée (plus de 60 ans) Personne handicapée

La personne est elle informée de la demande : oui non

La personne est elle consentante : oui non n'est pas en mesure de donner son avis

Type d'accueil souhaité : Permanent Temporaire Séquentiel (soirs, week-end, vacances...)

La personne ou le service qui accompagne la demande :

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ : @ :

Qualité :

Famille (à préciser) :

Responsable légal

Services Sociaux

Autres (à préciser) :

La personne souhaitant être accueillie en accueil familial :

Nom : Prénom :

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

Adresse du lieu de résidence au moment de la demande :

☎ : @ :

Sa situation actuelle : A domicile A l'hôpital En établissement

Autres (à préciser) :

Date d'arrivée :

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

enfant (s) : oui non

Protection juridique : oui non en cours

Nom : Prénom :

Service :

Adresse :

☎ : @ :

Nature de protection : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale

Date de jugement :

L'interlocuteur familial privilégié :

Nom- Prénom :

Adresse :

☎ : @ :

Droits & Ressources actuels :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Retraite | <input type="checkbox"/> Retraite complémentaire |
| <input type="checkbox"/> Rente Accident du Travail | <input type="checkbox"/> Pension d'Invalidité |
| <input type="checkbox"/> Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) | <input type="checkbox"/> Prestation compensation handicap (PCH) |
| <input type="checkbox"/> Allocation logement | <input type="checkbox"/> Aide Sociale Hébergement |
| <input type="checkbox"/> Autres Revenus | |

Pour la personne handicapée, taux d'incapacité reconnu : non oui, lequel :Pour la personne âgée, Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : non oui, précisez le GIR :**Pour la personne âgée :** Des demandes en établissement ont-elles été déposées ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Renseignements relatifs à la santé de la personne :Vos besoins dans la vie quotidienne, liés à votre santé (*allergies, régime, consultations médicales ...*).....
.....
.....**Point sur votre autonomie et vos besoins :***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 des situations :** Évalue les situations
 Évalue les situations mais petits conseils nécessaires
 A besoin d'être fortement conseillé
 N'évalue pas les situations

- 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 :**

La personne fait-elle seule ?

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---|------------------------------------|
| ▪ La toilette du visage : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> avec stimulation | <input type="checkbox"/> avec aide |
| ▪ La toilette du haut du corps : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> avec stimulation | <input type="checkbox"/> avec aide |
| ▪ Se brosser les dents : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> avec stimulation | <input type="checkbox"/> avec aide |
| ▪ se coiffer : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> avec stimulation | <input type="checkbox"/> avec aide |
| ▪ Se couper les ongles : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> avec stimulation | <input type="checkbox"/> avec aide |
| ▪ Se raser : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> avec stimulation | <input type="checkbox"/> avec aide |

La toilette du bas du corps :

- Toilette intime : oui avec stimulation avec aide
- Les membres inférieurs : oui avec stimulation avec aide

Incontinence : Oui Non

Habillage :

- Du haut : oui avec stimulation avec aide
- Du bas : oui avec stimulation avec aide
- Chaussures : oui avec stimulation avec aide

ALIMENTATION

Régime diététique : Oui Non

Si oui, précisez.....

Mange seul(e) : oui avec stimulation avec aide

TRANSFERTS

Se lève seul(e) du lit Oui Non Avec aide
Se lève seul(e) d'un fauteuil Oui Non Avec aide

DEPLACEMENTS

Marche seul(e) : Oui Avec aide

Si avec aide, précisez :

- Canne
- Déambulateur
- Fauteuil roulant, précisez l'usage : permanent occasionnel

Peut-elle monter les escaliers ? Oui Non Avec aide

Prend les transports en commun seul(e) Oui Non

SOMMEIL

Troubles du sommeil :

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

AUTRES ELEMENTS

Centres d'intérêts – Loisirs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

