



Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

DOSSIER DE PRE-ADMISSION SAMSAH COS

NOM _____

PRENOM _____

Ce dossier est confidentiel. Il est à adresser à la directrice du SAMSAH.
Il ne revêt pas un caractère d'engagement et fera l'objet d'une réponse dans un délai d'un
mois

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

NOM _____ PRENOM _____

NOM DE JEUNE FILLE _____

Date de naissance ____/____/____ Lieu de naissance _____

Adresse _____

Téléphone fixe _____ Portable _____

E-mail _____

Situation familiale

- Célibataire Marié (e) Vit maritalement Pacsé (e)
 Séparé (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

Nombre d'enfants _____ dont à charge _____

Type de domicile

- Personnel Parental Etablissement
 Autre Préciser : _____

Statut d'occupation

- Locataire bailleur social Nom du bailleur: _____
 Locataire bailleur privé Propriétaire Hébergé
 Autre Préciser : _____

Personnes vivant au foyer

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation professionnelle Scolaire

Autres personnes à contacter (si besoin) :

1 - SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

- En emploi Préciser la profession : _____
- En arrêt maladie En congés longue maladie En recherche d'emploi
- En formation scolaire ou universitaire ou professionnelle Sans activité

Veillez préciser vos disponibilités _____

2 - SITUATION PROFESSIONNELLE ANTERIEURE

Dernier poste occupé : _____

3 - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° de SECURITE SOCIALE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

- Mutuelle** Nom et coordonnées _____
- CMU-C**

Vous percevez

- Allocation Adulte Handicapé (AAH) Indemnités Journalières R S A
- Rente d'accident du travail Des revenus du travail
- Pension d'invalidité **Si oui** 1^{ère} catégorie 2^{ème} catégorie 3^{ème} catégorie
- Autre Préciser : _____

M D P H N° de dossier MDPH _____ Demande en cours Oui Non

Taux d'incapacité < 50% entre 50% et 79% > 80%

CAF N° d'allocataire _____

Mesure de protection Oui Non

Si oui, laquelle :

- Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle
- Mesure d'accompagnement social personnalisé Autres Préciser : _____

Coordonnées du responsable légal

4 - COORDONNEES DE LA PERSONNE QUI VOUS A ORIENTE VERS LE SAMSAH

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PATHOLOGIE

Quelle(s) est (sont) votre (vos) pathologie(s) et date de diagnostic

DEFICIENCES et TROUBLES

DEFICIENCE MOTRICE	DEFICIENCES ASSOCIEES
<input type="checkbox"/> Atteinte des quatre membres <input type="checkbox"/> Atteinte des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Atteinte de l'hémicorps droit <input type="checkbox"/> Atteinte de l'hémicorps gauche <input type="checkbox"/> Atteinte des membres supérieurs <input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre/marche	<input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Viscérale ou métabolique <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Autres (douleurs, fatigabilité)

TROUBLES
<input type="checkbox"/> Du langage <input type="checkbox"/> De la mémoire <input type="checkbox"/> Du comportement <input type="checkbox"/> De l'humeur

Autres : _____

2- TRAITEMENTS EN COURS

3- PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS VOTRE SITUATION

	NOM ou HOPITAL (préciser le service)	ADRESSES – TELEPHONES
<u>SANTE</u>		
Médecin traitant		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV : _____
Médecin Spécialiste		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV : _____
Médecin Spécialiste		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV : _____
Médecin Spécialiste		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV : _____
Infirmier		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV : _____
Kinésithérapeute		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV : _____
Orthophoniste		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV : _____
Psychothérapeute		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV : _____

AIDE A DOMICILE		
Association d'aide à domicile		
Fréquence des interventions :		
Aidant familial		
Fréquence des interventions :		
SOCIAL et AUTRES		
Assistante sociale		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV :
Partenaires de l'emploi		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV :
Autres		
Fréquence des RDV : _____		Date dernier RDV :

VOTRE AUTONOMIE DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Cocher la case qui correspond à votre situation

	Sans aide	Avec l'aide d'un tiers	Assistante complète	Matériel utilisé (à préciser)
REPAS				
S'alimenter				
Préparer un repas				
Faire des courses				
HYGIENE CORPORELLE				
Faire sa toilette				
S'habiller / Se déshabiller				
Elimination				
DEPLACEMENT				
Dans le domicile				
A l'extérieur				
Transferts (lit / fauteuil roulant...)				
ADMINISTRATIF				
Gestion financière				
Formalités administratives				

Existe-t-il une mise en danger ou des situations à risques : Oui Non

Lesquelles : _____

**MERCI D'INDIQUER LES PROBLEMATIQUES DANS LESQUELLES
VOUS SOUHAITEZ ETRE ACCOMPAGNE(E) PAR LE SAMSAH**

Situation Familiale (préciser les besoins)

Logement (préciser les besoins)

Situation Professionnelle (préciser les besoins)

Droits administratifs et gestion financière (préciser les besoins)

Coordination médicale et paramédicale (préciser les besoins)

Accès à la vie sociale (préciser les besoins)

Vie quotidienne (préciser les besoins)

Soutien psychologique (préciser les besoins)

Autres (préciser les besoins)

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- ❖ Une copie de l'attestation de la Sécurité Sociale et de votre mutuelle
- ❖ Une copie de l'attestation « Responsabilité Civile »
- ❖ Une copie de votre dernière quittance de loyer
- ❖ Dernier compte rendu médicaux
- ❖ La notification d'orientation SAMSAH de décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapés (CDAPH), ou l'attestation de dépôt de la demande MDPH

En cas de difficultés à remplir ce dossier, vous pouvez contacter le SAMSAH

Dossier rempli le ____ / ____ / _____ Par _____

Signature :

Modifié le 28/02/2017