



Service résidentiel pour adultes (SRA 191)
Service d'accueil de jour pour adultes (SAJA 332)
Service résidentiel de nuit pour adultes (SARN 027)
Service résidentiel pour jeunes (SRJ 189)
Service de logements supervisés (SLS 476)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION ASBL Maison Saint-Edouard

1. Renseignements Administratifs :

Bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Adresse (domicile):

Numéro de registre national :

Responsable légal – Administrateur - Avocat

Nom :

Prénom :

Statut (parent, frère, soeur, tuteur d'état, etc.) :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Email :



Mère

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Emploi :

Père

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Emploi :

Fratrie :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Parcours institutionnel :

NOM DE L'ETABLISSEMENT	PERIODE



Sécurité Sociale :

Coordonnées

CPAM :

.....

.....

N°

d'immatriculation.....

.

Mutuelle :

Organisme :

.....

CMU complémentaire : OUI – NON

N°

adhérent :

.

M.D.P.H. :

Coordonnées

MDPH :

N°

dossier :

Orientation hébergement + dates de

validité:.....



2. Renseignements psychologiques :

Retard mental : léger – modéré – sévère - profond

QI :

Pathologie associée (autisme, trisomie,...) :

Diagnostiqué par :

En quelle année :

Origine du handicap :

Comportements inadéquats :

- **Anxiété** : oui – non

Précisez :.....
.....

- **Irritabilité** : oui – non

Précisez :.....
.....

- **Humeur dépressive** : oui – non

Précisez :.....
.....

- **Agitation** : oui – non

Précisez:.....
.....

- **Auto-agressivité** : oui – non

Précisez:.....
.....

- **Agressivité** : oui – non

Précisez :.....
.....

- **Intolérance à la frustration** : oui – non

Précisez:.....
.....

- **Hallucinations** : oui – non

Précisez :.....
.....



- **TOCs** : : oui – non

Précisez :

- **Sexualité** (se masturbe en public, recherche de contacts sexuels, etc.) : oui – non

Précisez :

- **Troubles alimentaires** (anorexie, boulimie, ingestion d'objets non-comestibles, sélectivité excessive, potomanie, sujet aux fausses routes,...) : : oui – non

Précisez :

- **Intolérance au bruit** : oui - non

Précisez :

- **Peur, phobie** : oui – non

Précisez :

Si oui, objet(s) ou comportement(s) qui rassure(nt) :

Moyen(s) utilisé(s) pour faire face aux troubles du comportement ?

.....

Sphère relationnelle :

Traits de personnalité principaux :

.....

Décrivez le comportement habituel :

avec les pairs :

.....

avec l'adulte (relation à l'autorité, respect des règles,...):



.....
avec la famille :

.....
Il y a-t-il eu des événements récents et/ou anciens ayant eu un impact important (positif ou négatif) sur la personne ?

.....
.....
.....
Réaction face aux changements/ facultés d'adaptation :

.....
.....
Forces et compétences de la personne :

.....
.....
Habitudes ou rituels à respecter :

.....
.....
Capacité à s'occuper seul :



Dans un petit espace	☐	☐	☐	☐	☐
Désorienté(e)	☐	☐	☐	☐	☐

-A l'extérieur

Conscience du danger	☐	☐	☐	☐	☐
Reste près de l'adulte	☐	☐	☐	☐	☐
Tendance à fuguer	☐	☐	☐	☐	☐
Aborde les étrangers facilement	☐	☐	☐	☐	☐

Remarques :

.....

	oui	non	avec aide partielle	avec aide totale	avec surveillance
3) les repas :					
Utilise une fourchette	☐	☐	☐	☐	☐
Utilise un couteau	☐	☐	☐	☐	☐
Coupe sa viande	☐	☐	☐	☐	☐
Se verse à boire	☐	☐	☐	☐	☐
Participation à la vaisselle	☐	☐	☐	☐	☐
Dresser une table	☐	☐	☐	☐	☐
Alimentation spécifique	☐	☐	☐	☐	☐

Laquelle :

Durée d'un repas

Remarques :

.....

	oui	non	avec aide partielle	avec aide totale	avec surveillance
4) les acquis :					
Sait lire	☐	☐	☐	☐	☐
Sait écrire	☐	☐	☐	☐	☐
Sait compter	☐	☐	☐	☐	☐
Sait lire l'heure	☐	☐	☐	☐	☐
Applique une consigne simple	☐	☐	☐	☐	☐

Remarques :

.....

	oui	non	avec aide partielle	avec aide totale	avec surveillance
5) Le sommeil					
Problème d'endormissement	☐	☐	☐	☐	☐
Agitation nocturne (se lève, crie,...)	☐	☐	☐	☐	☐
Besoin d'interventions durant la nuit	☐	☐	☐	☐	☐
Besoin d'une sieste durant la journée	☐	☐	☐	☐	☐
Heure de coucher habituelle.....					

Heure de lever habituelle.....

Rituels.....

Loisirs, activités préférées, occupations, sorties, habitudes, centre d'intérêts....

Jeux ou jouets préféré :

Activités habituelles :

Contact avec les animaux :

Contact avec l'eau :

Vie quotidienne en collectivité

Comment gérer ses objets personnels ?.....

Quel est le dernier établissement scolaire fréquenté ?

.....

Quel type ?.....

A raison de combien d'heures par semaine ?.....



4. Renseignements médicaux (à faire remplir et signer par un médecin):

1) antécédents familiaux :

Père :

Mère :

Fratrie :

.....

Autre :

2) Poids :

Taille :

3) diagnostic principal (motivant la demande) :

.....

.....

4) description détaillée de la déficience :

.....

.....

.....

5) étiologie :

.....

.....

.....

6) antécédents médico-chirurgicaux :

.....

.....

.....

7) Dysfonctionnements des différents systèmes :

a) Tube digestif :

.....

b) Appareil uro-génital :

.....

c) Appareil locomoteur :

.....

d) Appareil cardio-vasculaire :

.....

e) Appareil pleuro-pulmonaire :

.....

f) Système nerveux :

.....

g) Affections cutanées :

.....

h) Organes sensoriels :

.....

8) Evolution médicale :

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

9) Vaccinations (éventuellement joindre une copie de la carte de vaccinations):

* Diphtérie, coqueluche, tétanos : OUI – NON

* Polio : OUI – NON

* Rougeole, rubéole, oreillons : OUI - NON

* Hépatite A : OUI – NON

* Hépatite B : OUI – NON



* Méningite : OUI – NON

* HIB : OUI – NON

* Autre(s) vaccination(s) :

10) Allergies médicamenteuses:

.....
.....

11) Allergies alimentaires ou autres:

.....
.....

12) Traitement médical en cours :

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

13) Autres traitements (kiné, logo,...) :

.....
.....

14) Spécialistes référents (ATTENTION, joindre les derniers rapports des spécialistes consultés):

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

Fait à

le.....

Signature + cachet :