

# Dossier de pré-admission



**La Pommeraie**

**Services résidentiels pour  
adultes en situation de handicap**

✉ 15, Rue Neuve 7972 Ellignies-Sainte Anne

☎ + 32 69 68 46 04

💻 <http://www.centre-la-pommeraie.be/>

✉ infopommeraie@centrelapommeraie.be

Les informations contenues dans ce dossier  
sont traitées de manière strictement  
confidentielle et ne seront utilisées que dans le  
cadre de l'administration interne au foyer de vie.

Dossier à renvoyer dûment complété à :

**La Pommeraie - Service Social**

15 Rue Neuve

B-7972 Ellignies-Sainte-Anne

# FICHE SIGNALÉTIQUE DE LA PERSONNE

PHOTO  
Indispensable

**NOM** : .....

**Prénoms** : .....

Sexe : (M/F) .....

Lieu et date de naissance : ..... le ...../...../.....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Localité : .....

Pays : .....

☎ Fixe : .....

☎ Portable : .....

## Liste des contacts utiles :

Directeur Général : Mr Eric Lenz +32 69 68 46 01

Directeur Administratif et Financier : Mr Jonathan Delavallée +32 69 68 46 69

Directrice Adjointe : Mme Laurence Normand +32 69 68 46 09

Directrice Psycho-Médico-Socio-Pédagogique : Mme Anne Ricotta + 32 69 68 46 18

Secrétaire de Direction : Mme Ariane Wautier + 32 69 68 46 03

Responsable Sce Paramédical : Mr Julien Lelong + 32 69 68 46 07

Responsable Sce Psychosocial : Mme Céline Lekeuche + 32 69 68 46 19

Equipe Service Psychosocial : Melle Eva Rigaut + 32 69 68 46 21

Mme Stéphanie Splingard + 32 69 68 46 11

Mr Etienne Dupret + 32 69 68 46 11

Responsable Achats Mme Fabienne Bouillon + 32 69 68 46 08

Responsable Service Entretien-Cuisine Mme Anne-Sophie Choquet + 32 69 68 46 07

# 1 - Volet administratif et social

## Responsable légal :

Nom et prénom : .....

Statut : ☐ Père ☐ Mère ☐ Frère/sœur ☐ Tuteur ☐ Association tutélaire

Adresse : .....

Code postal..... Localité .....

☎ fixe : .....

☎ portable : .....

Adresse mail : .....@ .....

## Mère :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal..... Localité .....

☎ fixe : .....

☎ portable : .....

Adresse mail : .....@ .....

## Père :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code postal..... Localité .....

☎ fixe : .....

☎ portable : .....

Adresse mail : .....@ .....

Personne(s) ressource(s) : ☐ Famille d'accueil ☐ Autre : .....

## COMPOSITION FAMILIALE

<u>Lien de parenté</u>	<u>Nom et Prénom</u>	<u>Profession</u>	<u>Etat civil</u>	<u>Né le</u>
Père				
Mère				
Enfants				

## CONTEXTE ET DYNAMIQUE FAMILIALE

Quelle est l'histoire de la famille et de la personne ? Quels événements majeurs ont eu lieu au sein de l'entité familiale (séparation, naissance, décès, ...) ? Comment sont les relations entre la personne et les divers membres de la famille ?

.....

.....

.....

## RELATIONS PRIVILEGIEES AVEC LA FAMILLE, LES PROCHES, LES INTERVENANTS SOCIAUX

Quelles sont les personnes importantes ou référentes ?

Nom : .....

Tel : .....

Mail : ..... @ .....

## DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

### Pour les personnes de nationalité belge :

Il convient de compléter un document « *demande d'intervention* » pour qu'il y ait prise en charge par les services de l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ).

Ce document vous est fourni par le Bureau Régional de l'AVIQ.

### Pour les personnes de nationalité française :

Posséder une notification de placement MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée) avec une orientation en foyer de vie occupationnel.

Ce qui permettra de Solliciter un accord de prise en charge des frais de séjour aux services de l'Aide sociale du Département sur base de cette notification

☐ Notification MDPH – Orientation foyer de vie occupationnel

### Pièce d'identité du candidat :

☐ Carte d'identité      Validité : ...../...../.....

☐ Passeport      Validité : ...../...../.....

### Statut du candidat :

Est-il sous protection juridique ?

☐ Oui      ☐ Non

Si oui : ☐ Tutelle :  
☐ Médiation familiale  
☐ Curatelle renforcée  
☐ Curatelle  
☐ Administration de biens (pour le candidat belge)

## 2 – Parcours du candidat

Itinéraire institutionnel de la personne.

Veillez indiquer les noms et adresses des établissements fréquentés auparavant en internat ou en externat en précisant les dates d'entrée et de sortie :

<u>Périodes</u>	<u>Nom de l'institution.</u>	<u>Adresse et N° de tél</u>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Eventuellement, préciser le parcours scolaire et/ou professionnel (quel type de formation, stages effectués dans quel domaine, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

## 3 – Attentes et besoins du candidat et de sa famille

### Besoins et attentes exprimés par le candidat :

.....

.....

.....

.....

### Besoins et attentes exprimés par la famille et/ou le représentant légal :

.....

.....

.....

.....

### Souhaits quant aux retours en famille :

A quelle fréquence et dans quelles conditions ?

.....

.....

### Confession religieuse et philosophique

L'adulte a-t-il des convictions religieuses : ☐ oui ☐ non

Si oui, de quelle obédience est-il/elle ?

☐ catholique ☐ judaïque ☐ musulmane ☐ autre :.....

Est-il/elle pratiquant(e) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quels sont les rites/rituels pratiqués (va-t-il/elle à la messe, communie-t-il/elle ? Fait-il/elle le Ramadan, mange-t-il/elle du porc ?).

Remarques éventuelles :

.....

.....



## 4 – Questionnaire médical

Nom : .....

Prénom : .....

Taille : .....

Groupe sanguin : ..... RH : .....

Poids : .....

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Noms - Prénoms

Lien de parenté

N° de Téléphone

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### MEDECIN TRAITANT HABITUEL :

Nom : .....



: .....

Adresse : .....

.....

### MEDECINS SPECIALISTES EVENTUELS :

Noms – Localité

Spécialité

N° de Téléphone

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## DIAGNOSTIC PRINCIPAL DU HANDICAP :

.....

.....

.....

### Et origine :

- ☐ Liée à la naissance
  - Complications lors de la grossesse
  - Prématuration
  - Naissance au-delà du terme
  - Complications lors de l'accouchement (forceps, césarienne, anoxie)
- ☐ Maladie
  - Origine génétique
  - Convulsions
  - Autre (précisez) .....
- ☐ Accident, traumatisme
  - Accident de la vie privée
  - Accident professionnel
- ☐ Origine inconnue

## DÉFICIENCE PRINCIPALE - DÉFICIENCES ASSOCIÉES :

- ☐ **Déficiência intellectuelle**
  - Retard mental profond et sévère.
  - Retard mental modéré
  - Retard mental léger
- ☐ **Déficiência du psychisme**
  - Troubles de la conduite et du comportement
  - Troubles psychiatriques graves
  - Autre, précisez .....
- ☐ **Déficiência auditive.**  
Précisez .....
  - Port d'un appareil auditif
- ☐ **Déficiência visuelle.**  
Précisez .....

- Port de lunette

☐ **Déficiences motrices**

Précisez .....

- Appareillage, aide technique

☐ **Déficiences de la sphère digestive**

- Trouble de la déglutition, trouble du transit, trouble hépatique, vomissements, constipation chronique, diarrhée prolongée, trouble des comportements alimentaires (hyperphagie, anorexie, pica, potomanie )

Précisez .....

☐ **Déficiences de la fonction d'élimination (urinaire, fécale)**

Précisez .....

☐ **Déficiences métaboliques**

- Trouble thyroïdien, diabète, obésité, nanisme ...

Précisez .....

☐ **Déficiences de la fonction cardio-respiratoire**

- Rhumes prolongés, angine, pneumonie, otite, sinusite, bronchite, décompensation cardiaque, troubles circulatoires, hypertension...

Précisez .....

☐ **Affections allergiques**

- Asthme, eczéma, rhume des foins.

Précisez .....

☐ **Autres déficiences**

Précisez .....

☐ **Interventions chirurgicales – hospitalisations.**

- .....
- .....
- .....

**VACCINATIONS :**

☐ varicelle

☐ poliomyélite

- ☐ diphtérie
 ☐ tétanos (rappel).....
- ☐ coqueluche
 ☐ B.C.G.
- ☐ Hépatite A – B
 ☐ autres.....

### SI LA PERSONNE EST ÉPILEPTIQUE :

A-t-elle eu des convulsions durant l'enfance ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle époque ?

.....

Comment se manifestaient ces crises ?

.....

Une épilepsie est-elle constatée à ce jour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle fréquence ?

.....

Comment se manifestent-elles ?

☐ Absences (obnubilation passagère)

☐ Grand Mal :
 ☐ avec chute  
☐ avec contraction musculaire  
☐ avec incontinence

☐ Autres .....

Facteurs favorisant les crises : .....

Durée moyenne de la crise : .....

Nom et adresse du neurologue traitant :

Nom : .....

Adresse : .....



.....

### MÉDICATION ACTUELLE :

Nom du médicament	Dosage			
	<u>Matin</u>	<u>Midi</u>	<u>Soir</u>	<u>Coucher</u>


Allergies médicamenteuses. ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez .....

## RÉGIME ALIMENTAIRE :

La personne suit-elle un régime particulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

- ☐ Diabétique
- ☐ Sans sel
- ☐ Sans déchet
- ☐ Hypocalorique
- ☐ Hypercalorique
- ☐ Autre .....

Existe-t-il une allergie particulière ? ☐ oui ☐ Non

Si oui, précisez (gluten, lactose, œuf, poisson, arachide, fraise, kiwi....)

.....

Quels sont les types de réaction ?

- ☐ Eruption cutanée    ☐ Boutons    ☐ Gonflement    ☐ autre réaction cutanée
- ☐ Diarrhées    ☐ Ballonnements    ☐ Coliques    ☐ autre trouble intestinal
- ☐ Autres réactions .....

**Conduites alimentaires à risques.**

Le candidat peut-il faire de fausses déglutitions ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle fréquence ? .....

## GYNECOLOGIE :

La jeune fille est-elle suivie par un gynécologue ☐ oui ☐ non

Nom et adresse du gynécologue : .....

.....

..... ☎ : .....

Date des premières règles : .....

Les règles sont-elles ?

☐ douloureuses      ☐ régulières      ☐ abondantes      ☐ .....

La personne est-elle sous contraception ? ☐ oui      ☐ non

Si oui, depuis quand ? .....

Sous quelle forme ?      ☐ pilule      ☐ stérilet      ☐ injection 3 mois  
☐ implant      ☐ ligature des trompes

Sous contraception, y a-t-il eu ?

☐ hémorragies      ☐ douleurs      ☐ prise de poids

.....

☐ cholestérol      ☐ problèmes de tension

.....

☐ répercussion sur le comportement : .....

☐ autres manifestations : .....

Y-a-t-il eu ? grossesse      ☐ oui      ☐ non

Interruption de grossesse      ☐ oui      ☐ non

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

# 5 – Aspects éducatifs

## Autonomie / dépendance physique

### Hygiène

- ☐ Se lave seul sans aucune aide
- ☐ Se lave seul sur sollicitation ou guidance orale
- ☐ Nécessite une aide pour laver certaines parties du corps
- ☐ Se brosse les dents
- ☐ Se rase
- ☐ Se lave les cheveux
- ☐ Se coupe les ongles
- ☐ N'est pas capable de se laver seul mais collabore lors de la toilette
- ☐ N'est pas capable de se laver seul et reste passif

### Habillage / déshabillage

- ☐ S'habille et se déshabille seul sans aucune aide
- ☐ Gère sa tenue en fonction des conditions (temps, activité...)
- ☐ S'habille et se déshabille seul sur sollicitation ou guidance verbale
- ☐ Nécessite une aide partielle pour s'habiller ou se déshabiller (fermer les boutons, nouer les lacets...)
- ☐ N'est pas capable de s'habiller ni de se déshabiller seul mais collabore
- ☐ N'est pas capable de s'habiller ni de se déshabiller seul et reste passif

### Repas

- ☐ S'installe correctement à table
- ☐ S'alimente seul en utilisant correctement les couverts (couteau-fourchette)
- ☐ S'alimente seul avec l'utilisation d'aides techniques (assiette, couverts adaptés)
- ☐ S'alimente avec une aide partielle quotidienne (lui couper la viande, le stimuler oralement)
- ☐ N'est pas capable de s'alimenter seul

### Continence

- ☐ Continence complète

- ☐ Continence sur sollicitation
- ☐ Incontinence occasionnelle
- ☐ Incontinence fréquente nocturne
- ☐ Aucun contrôle sphinctérien

#### **Lever / coucher**

- ☐ Se lève et se couche seul
- ☐ Se lève et se couche avec l'aide d'une personne (le résident collabore)
- ☐ Passe des nuits paisibles
- ☐ Présente des troubles du sommeil
- ☐ Utilise un réveil

#### **Mobilité**

- ☐ Se déplace seul
- ☐ Se déplace seul mais avec difficultés (nécessité d'un appui, d'un appareillage : canne, déambulateur...)
- ☐ Se déplace seul en fauteuil roulant
- ☐ Se déplace en fauteuil roulant avec l'aide d'une personne
- ☐ Monte les escaliers seul
- ☐ Roule à bicyclette
- ☐ Nage

### **Autonomie / dépendance psycho-cognitive**

#### **Expression verbale**

- ☐ S'exprime oralement sans difficulté
- ☐ S'exprime oralement avec quelques difficultés
- ☐ S'exprime oralement avec difficultés importantes (difficulté pour l'interlocuteur de comprendre son message)
- ☐ S'exprime très difficilement (impossibilité de comprendre son message)

#### **Expression non verbale**

- ☐ S'exprime par gestes ou par mimiques



- ☐ Exprime ses émotions par une mimique significative
- ☐ Exprime ses besoins
- ☐ Utilise une méthode alternative de communication (support visuel, pictogrammes...)

### **Compréhension**

- ☐ Comprend une consigne verbale complexe (qui combine plusieurs situations, qui fait référence à des éléments abstraits...)
- ☐ Comprend une consigne verbale simple (une seule consigne, portant sur un élément concret)
- ☐ Comprend une consigne écrite
- ☐ Comprend une consigne « pictographiée »

### **Orientation temporelle**

- ☐ Se repère correctement dans le temps (jour, mois, année)
- ☐ Peut lire l'heure
- ☐ Capable de se repérer dans le temps à l'aide de supports visuels (calendrier)
- ☐ Capable de se repérer dans les principaux moments de la journée
- ☐ Capable de se repérer dans le temps à l'aide de rituels (fêtes, anniversaire...)
- ☐ Se repère difficilement dans le temps, même avec aides
- ☐ Incapable de se repérer dans le temps

### **Orientation spatiale**

- ☐ Bien orienté dans l'espace (peut répondre correctement aux questions concernant son adresse, l'établissement, peut décrire un itinéraire simple)
- ☐ Se repère dans un lieu non connu
- ☐ Se repère dans un lieu connu
- ☐ Se déplace par ses propres moyens à l'extérieur
- ☐ Incapable de s'orienter seul à l'extérieur de son lieu de vie

### **Compétences scolaires et professionnelles**

- ☐ Sait lire

Niveau : .....

- ☐ Sait écrire

Niveau : .....

☐ Sait compter

Niveau : .....

☐ A suivi une formation professionnelle

Précisez : .....

## Autonomie / dépendance sociale et relationnelle

### Activités domestiques

☐ Fait son lit

☐ Accompagné

☐ Supervisé

☐ Seul

☐ Range sa chambre

☐ Accompagné

☐ Supervisé

☐ Seul

☐ Balaie ou nettoie un local

☐ Accompagné

☐ Supervisé

☐ Seul

☐ Dresse la table

☐ Accompagné

☐ Supervisé

☐ Seul

☐ Débarrasse la table

☐ Accompagné

☐ Supervisé

☐ Seul

☐ Lave ou essuie la vaisselle

☐ Accompagné

☐ Supervisé

☐ Seul

☐ Prépare un repas

☐ Accompagné

☐ Supervisé

☐ Seul

### Loisirs et temps libres

☐ Est capable de s'occuper seul

☐ Est capable de s'occuper seul sur sollicitation

☐ Est capable de participer aux activités de loisirs proposées

☐ Est incapable de s'occuper

Loisirs habituels : .....

A-t-il/elle des habitudes particulières concernant ses loisirs ?

.....

### Activités économiques

- ☐ A la notion de l'argent
- ☐ Sait gérer l'argent (repère et utilise pièces et billet)
- ☐ Peut effectuer des achats simples
- ☐ Est capable d'établir un budget (épargne)

### Aisance relationnelle

- ☐ Entre facilement en relation avec d'autres personnes
- ☐ Entre en relation uniquement avec des personnes connues
- ☐ Respecte les autres et leurs biens
- ☐ Respecte les interdits sociaux
- ☐ Respecte l'intimité des autres
- ☐ Gère les frustrations
- ☐ Présente des difficultés relationnelles importantes

Précisez .....

- ☐ Evite tout contact avec d'autres personnes

## Comportements à risques

### Agressivité

La personne présente-t-elle des comportements agressifs ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, comment se manifestent-ils ? (fréquence, intensité, facteurs déclenchants)

- ☐ Auto-agressivité
- ☐ Hétéro-agressivité

- ☐ Agressivité verbale
- ☐ Agressivité envers l'environnement matériel (destruction)

Précisez .....

### Fugues

La personne est-elle sujette à des fugues ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, cochez la ou les case(s) correspondante(s)

- ☐ Fugues involontaires (errances)
- ☐ Fugues délibérées
- ☐ Retours spontanés
- ☐ Risques de mise en danger durant la fugue

Précisez .....

### Conduites addictives

La personne présente-t-elle des conduites addictives ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez

- ☐ Tabac (quantité consommée) .....
- ☐ Alcool (quantité consommée) .....
- ☐ Autres .....

### Autres comportements socialement inadéquats

Précisez.....

.....

## 6 – Questionnaire psychologique

### Tests psychologiques

#### Potentiel intellectuel.

Un test évaluant les capacités intellectuelles de la personne a-t-il été réalisé ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom du test (WISC-R, WAIS-R...) .....

Date de la réalisation du test : .....

Résultats obtenus : QIV : .....

QIP : .....

QIT : .....

### Examens projectifs.

Un test évaluant la personnalité a-t-il été réalisé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le nom du test (Rorschach, T.A.T...) .....

Date de réalisation du test : .....

Comment ce test envisage-t-il la personnalité de l'adulte ? (caractère, affectivité, humeur, attention...)

.....

.....

.....

.....

.....

### La personne présente-t-elle

	Oui - non	Brève description
Des symptômes psychotiques ?		
Des symptômes dépressifs ?		
Des symptômes maniaques ?		

Des symptômes anxieux ?		
Des symptômes phobiques ?		
Autres symptômes ?		

Y-a-t-il eu des événements importants dans sa vie ?

Si oui, pouvez-vous également en indiquer l'année ?

.....

.....

.....

### Sphère relationnelle

La personne a-t-elle tendance à :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Être solitaire              | <input type="checkbox"/> Etre timide        |
| <input type="checkbox"/> Aimer la compagnie          | <input type="checkbox"/> Etre violent       |
| <input type="checkbox"/> Etre en groupe              | <input type="checkbox"/> Etre pacifique     |
| <input type="checkbox"/> Etre gai                    | <input type="checkbox"/> Etre méthodique    |
| <input type="checkbox"/> Etre triste                 | <input type="checkbox"/> Etre désordonné    |
| <input type="checkbox"/> Etre en colère              | <input type="checkbox"/> Etre calme         |
| <input type="checkbox"/> Avoir peur                  | <input type="checkbox"/> Etre angoissé      |
| <input type="checkbox"/> Avoir confiance en lui/elle | <input type="checkbox"/> Se sentir coupable |

Quels sont les éléments qui pourraient le/la perturber ?

.....

.....

.....

Décrivez le comportement habituel de la personne avec ses pairs (amis, compagnons)

.....

.....

.....

Avec le personnel éducatif.

.....

.....

.....

Quels sont ses centres d'intérêt ?

.....

.....

Ses attentes (ses envies, ses demandes, ses objectifs) ?

.....

.....

### **Sexualité**

☐ Sans particularité.

.....

.....

☐ Nécessite l'attention de l'encadrement éducatif.

.....

.....

☐ Compatible avec la vie en collectivité.

.....

.....  
**Nom et qualité de la personne qui a rempli le dossier :**

.....  
Date : ..... Signature : .....

Nous vous remercions d'avoir rempli ces documents de manière consciencieuse et lisible.

Il s'agit bien là d'un dossier de pré-admission. Dans la mesure où une issue heureuse est accordée à ce dossier, nous sommes en mesure de vous fournir l'ensemble des documents nécessaires à l'admission. Nous vous les ferons alors parvenir automatiquement.

Ils reprennent l'ensemble des démarches administratives et organisationnelles nécessaires à l'entrée du candidat.

Vous remerciant d'ores et déjà de votre collaboration, recevez, Mademoiselle, Madame, Monsieur, nos sentiments dévoués.

**Eric LENZ**  
**Directeur Général**

**PLAN D'ACCES**



