

## DOSSIER UNIQUE de DEMANDE d'ADMISSION

En vue d'un :

- ☐ Accueil permanent
- ☐ Accueil temporaire
- ☐ Accueil de jour

En cas de choix multiples, précisez l'ordre de vos choix

**En complément de ce dossier, pour effectuer une demande d'admission dans un établissement, il est nécessaire de créer un compte sur Via Trajectoire et de remplir le DUA : dossier unique d'admission.**

### Identité du bénéficiaire

NOM : .....

PRENOM : .....

Né(e) le : ...../...../.....

N° MDPH:

### Dossier renseigné par

NOM : .....

PRENOM : .....

Statut/lien avec le bénéficiaire : .....

Dossier rempli le : ...../...../.....

Merci de transmettre ce dossier une fois complété à l'adresse mail suivante :  
**dapiadmission@synergie79.fr** ou par courrier postal à :

Centre Hospitalier de Niort  
Bâtiment Tremplin  
DAPI  
40 Avenue Charles de Gaulle  
BP 70 600  
79 021 NIORT Cédex

Pour tout renseignement : contacter le 06 89 37 76 94

**En vue d'une admission, nous vous informons que le DAPI centralise l'ensemble des demandes et partage les informations vous concernant (\*) dans les établissements suivants :**

- La Résidence Les Cyclades, MAS/FAM à Chauray
- Les Peupliers, MAS à La Peyratte
- Les Maisons de Canopée, MAS à Pompaire
- La MAS du Fief Joly, à Niort
- La Résidence l'Archipel, Maison Pour l'Autisme, MAS/FAM à Saint-Martin-Lès-Melle

(\*) : Pour plus de détails sur le traitement des données : voir annexe 1.

**Si vous souhaitez prioriser, merci d'indiquer par ordre de préférence les établissements auprès desquels vous souhaitez effectuer une demande :**

1. ....
2. ....
3. ....

### **Ce dossier comprend :**

- ✓ Un volet administratif
- ✓ Un volet « identification des besoins et des compétences » à renseigner avec l'aide de l'équipe éducative
- ✓ Un volet concernant le « parcours de la personne accompagnée » à renseigner avec l'aide de l'équipe éducative
- ✓ Un volet médical

En plus de ces renseignements, **les pièces justificatives à joindre sont :**

- ✓ Une copie du jugement de tutelle/Habilitation familiale
- ✓ La notification d'orientation CDAPH de la MDPH
- ✓ Copie des bilans des évaluations
- ✓ Copie du traitement médicamenteux en cours

## **Contexte et motivation de la demande**

Cocher la ou les cases correspondantes :

- ☐ passage à l'âge adulte   ☐ amendement Creton   ☐ risque de rupture de parcours   ☐ mise en danger  
☐ modalités d'accompagnement actuel inadaptées   ☐ rapprochement familial  
☐ autre : précisez : .....

### **Descriptif succinct de la situation actuelle :**

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

## **DOSSIER ADMINISTRATIF**

### **Concernant la personne :**

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

**REPRESENTANT LEGAL** (nom, adresse et coordonnées téléphoniques) :

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

### **Renseignements familiaux :**

#### **FAMILLE à joindre**

NOM-Prénom: ..... Lien de filiation : ..... Né(e) le : ...../...../ .....

Adresse: (N°, voie, rue, Boulevard....) .....

..... Code Postal : .....

Localité : ..... N° de tél fixe: .....

Portable : ..... @dresse mail : .....

NOM-Prénom: .....Lien de filiation : ..... Né(e) le : ...../...../ .....

Adresse: (N°, voie, rue, Boulevard....) .....

..... Code Postal : .....

Localité : ..... N° de tél fixe: .....

Portable : ..... @dresse mail : .....

## FRATRIE

| NOM   | Prénom | Date de naissance     | Lieu de résidence |
|-------|--------|-----------------------|-------------------|
| ..... | .....  | ..... / ..... / ..... | .....             |
| ..... | .....  | ..... / ..... / ..... | .....             |
| ..... | .....  | ..... / ..... / ..... | .....             |

## PARCOURS de la PERSONNE ACCOMPAGNEE

(A renseigner avec l'aide de l'équipe éducative)

NOM du LIEU D'ACCUEIL ACTUEL : .....

MODALITES d'ACCUEIL (internat, externat, famille d'accueil, accueil de jour, accueil temporaire, etc.) :

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

COORDONNEES du/des PROFESSIONNEL(S) de REFERENCE :

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

1 - NATURE DU HANDICAP / DIAGNOSTIC MENTIONNE

|                                  |
|----------------------------------|
| .....<br>.....<br>.....<br>..... |
|----------------------------------|

## 2 - PRINCIPAUX LIEUX FREQUENTES et DATES

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

## 3 - ANTÉCÉDENTS/EVENEMENTS NOTABLES (PERSONNELS, FAMILIAUX)

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

## 4 - COMPORTEMENTS PROBLEMES EVENTUELS ACTUELS

☐ Hétéro-agressivité ☐ Automutilation ☐ Fugues ☐ Destruction de l'environnement

Précisez la nature et le contexte d'apparition, l'antériorité et la fréquence de ces comportements : .....

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

## 5 - AMENAGEMENTS SPECIFIQUES (Crédits Non Reconductibles/CNR - GOS/PAG...)

Si possible précisez l'existence de CNR ; le nombre et les dates des GOS, PAG organisés :

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |

# IDENTIFICATION des BESOINS et des COMPETENCES de la PERSONNE ACCOMPAGNEE

(A renseigner avec l'aide de l'équipe éducative)

## | 1 - EVALUATIONS ([Comptes-rendus](#) à transmettre en pièce jointe dans le DUA)

DATES et TYPES d'EVALUATIONS (bilans neuropsychologiques, bilans fonctionnels et autres tests...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2- MODES/SUPPORTS de COMMUNICATION

EXPRESSIVE (Orale, pictogrammes, gestuelle ...) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

RECEPTIVE (types d'interactions, compréhension des demandes, via des outils adaptés...etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

CAPACITE à COMMUNIQUER sur la DOULEUR (Oui/non, par quel moyen, support...) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

## 3 - AUTONOMIE

DEPLACEMENT (marche, fauteuil, appareillage ...)/TRANSFERT/CONDITIONS de TRANSPORT en VEHICULE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALIMENTATION /REPAS : préciser les besoins : (régime, texture...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
La personne présente t-elle une potomanie ? oui ☐ non ☐

La personne présente t-elle un PICA ? oui ☐ non ☐

HABILLAGE/DESHABILLAGE : préciser les besoins :

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

PROPRETE - CONTINENCE : préciser les besoins :

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

SOMMEIL/ENDORMISSEMENT : préciser les besoins :

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

#### 4 - RAPPORT AU COLLECTIF/INTERACTIONS SOCIALES

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

#### 5 - PARTICULARITES EVENTUELLES EN MATIERE DE VIE AFFECTIVE et SEXUELLE

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

#### 6 - BESOINS LIES AUX PARTICULARITES

| VISUELLES/AUDITIVES/OLFACTIVES//PROPRIOCEPTIVES/VESTIBULAIRES/GUSTATIVES

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

## 7 - CENTRES d'INTERETS / DOMAINES de COMPETENCES IDENTIFIES

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

## 8 - La PERSONNNE EST-ELLE COMPLIANTE dans les SITUATIONS de SOINS (précisez oui/non et les conditions favorables à une réalisation des soins)

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

## COMPLEMENT DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### 1 - PATHOLOGIES ASSOCIEES : épilepsie...

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

### 2 - AUTRES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES, MEDICAUX, ET CHIRURGICAUX NOTABLES

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

### 3 - TRAITEMENT ACTUEL : Fournir une copie de l'ordonnance en cours

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

### 4 - SUIVI REEDUCATION : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie...

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

### 5 - SOINS TECHNIQUES : sonde d'alimentation, sonde trachéotomie, sonde urinaire, autre stomie, insulinothérapie, appareillage ventilatoire, autre...

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

### 6 - PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La personne bénéficie-t-elle de prise en charge spécifique de la douleur?    oui ☐    non ☐

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

### 7- CONDUITES A RISQUE

Consommation :

Alcool : oui ☐    non ☐    sevré : oui ☐    non ☐

Tabac : oui ☐    non ☐    sevré : oui ☐    non ☐

Autre : oui ☐    non ☐    laquelle :

Autre que consommation :

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

