

# Résidence du Hochberg

## DOSSIER ADMINISTRATIF et SOCIAL DE DEMANDE D'ACCUEIL D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_\_

Accueil permanent

Accueil temporaire

Foyer de Vie

Foyer d'Accueil Médicalisé

Accueil de Jour - FAM

Les informations recueillies sur ce formulaire et les pièces jointes seront enregistrées dans un système informatisé sécurisé via un hébergeur de données de santé. Elles sont traitées par la **Résidence du Hochberg** pour la **gestion du dossier des résidents**. Dans le cadre d'une demande d'accueil, ces données seront conservées pendant **2 ans**. Elles sont destinées au **service administratif, aux médecins coordonnateurs et aux cadres (sanitaire / éducatif / directeur) de la Résidence**.

Dans le cas où une admission venait à être effective pendant ces deux premières années de conservation, ces données alimenteront le dossier informatique du résident et seront conservées pendant 5 ans après la fin de l'accueil du résident dans l'établissement.

Conformément au RGPD et à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **le Directeur de la Résidence du Hochberg, 1 rue du château Teutsch 67290 Wingen sur Moder** ou au DPO de l'APHVN via [dpo@aphvn.fr](mailto:dpo@aphvn.fr).

Je soussigné \_\_\_\_\_, agissant en qualité de \_\_\_\_\_

reconnais avoir été informé du traitement informatique des données personnelles contenues dans le dossier ci-après.

autorise les membres de l'équipe sanitaire et médico-sociale de l'établissement à accéder, grâce à ViaTrajectoire, aux données d'évaluation potentiellement détenues par la MDPH.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

DOSSIER A RETOURNER A L'ADRESSE CI DESSOUS

**Résidence du Hochberg**

foyer de vie et foyer d'accueil médicalisé pour adultes en situation de handicap  
1, rue du château Teutsch\_67290 Wingen sur Moder

tél : 03 88 89 88 54

[www.residenceduhochberg.info](http://www.residenceduhochberg.info)



**Identification de l'adulte concerné par la demande :**

Masculin

Féminin

Civilité :	
Prénom 1 :	
Prénom 2 :	
NOM :	
Nom de jeune fille :	
Résidence d'origine :	
Département d'origine :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Nationalité :	
Situation familiale :	
Date de mariage :	
Date de séparation :	

**Informations sociales de l'adulte concerné par la demande :**

N° de sécurité sociale :	
Organisme de sécurité sociale :	
Adresse de l'organisme de sécurité sociale :	
N° CAF :	

**Adresse actuelle de l'adulte concerné par la demande :**

N° et rue :	
Code Postal :	
Ville :	
Téléphone :	
Fax :	
Adresse électronique :	

**Si l'adulte concerné par la demande est domicilié dans un établissement :**

Son intitulé :	
Son adresse :	
Son Code Postal / Sa ville :	
Son N° de téléphone :	
Adresse électronique :	
La personne plus particulièrement chargée de votre dossier :	Nom, prénom, tél de contact, email

**Représentant légal le cas échéant :**

Mesure de protection :	OUI / NON
Laquelle ?	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Curatelle
Nom de la personne ou de l'organisme gestionnaire de la mesure de protection :	
N° et rue :	
Code Postal / Ville	
N° de téléphone :	Fixe / mobile
Email de contact :	
Lien de parenté éventuel :	
Date du jugement :	
Tribunal d'Instance de :	

**Orientation MDPH :**

N° de dossier :		Département :	
Date de la décision :			
Décision valable jusqu'au :			
Orientations préconisées :			

**[ Joindre la copie de la (ou des) notification(s) CDAPH / MDPH ]**



**QUELLES SONT LES ATTENTES ET LES BESOINS DE LA PERSONNE EN DEMANDE  
D'ACCUEIL, QUEL EST SON PROJET DE VIE ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Résidence du Hochberg

## DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ACCUEIL

### D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_\_

Accueil permanent

Accueil temporaire

Foyer de Vie

Foyer d'Accueil Médicalisé

Accueil de Jour - FAM

Les informations recueillies sur ce formulaire seront enregistrées dans un système informatisé sécurisé via un hébergeur de données de santé. Elles sont traitées par l'équipe soignante de la **Résidence du Hochberg** pour la **gestion des données médicales dans le cadre d'une demande d'accueil**. Dans le cadre d'une demande d'accueil, ces données seront conservées pendant **2 ans**. Elles sont destinées **aux médecins coordonnateurs et au cadre sanitaire de la Résidence**.

Dans le cas où une admission venait à être effective pendant ces deux premières années de conservation, ces données alimenteront le dossier informatique du résident et seront conservées informatiquement pendant 5 ans après la fin de l'accueil du résident dans l'établissement.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **le Directeur de la Résidence du Hochberg, 1 rue du château Teutsch 67290 Wingen sur Moder**.

Je soussigné \_\_\_\_\_, agissant en qualité de \_\_\_\_\_

reconnais avoir été informé du traitement informatique des données personnelles contenues dans le dossier ci-après.

autorise les membres de l'équipe sanitaire de l'établissement à accéder, grâce à ViaTrajectoire, aux données d'évaluation potentiellement détenues par la MDPH.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

**CE DOSSIER MEDICAL, REMPLI PAR LE MEDECIN TRAITANT, EST A RENVoyer AVEC LE DOSSIER ADMINISTRATIF SOUS ENVELOPPE FERMEE A L'INTENTION DES « MEDECINS COORDONNATEURS » EN INDIQUANT LES NOM & PRENOM DE LA PERSONNE EN DEMANDE D'ACCUEIL.**

DOSSIER A RETOURNER A L'ADRESSE CI DESSOUS

**Résidence du Hochberg**

foyer de vie et foyer d'accueil médicalisé pour adultes en situation de handicap  
1, rue du château Teutsch\_67290 Wingen sur Moder

tél : 03 88 89 88 54

[www.residenceduhochberg.info](http://www.residenceduhochberg.info)



**Identification de l'adulte concerné par la demande :**

Masculin

Féminin

<b>Civilité :</b>	
<b>Prénom 1 :</b>	
Prénom 2 :	
<b>NOM :</b>	
Nom de jeune fille :	
<b>Date de naissance :</b>	
<b>Lieu de naissance :</b>	
<b>Nationalité :</b>	

**Données relatives au Dossier Médical Partagé de l'adulte concerné par la demande :**

N° de sécurité sociale :		
Organisme de sécurité sociale :		
<b>Disposez-vous d'un D.M.P.<sup>1</sup> ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>INS / DMP :</b> <b>Quel est votre identifiant national de santé :</b>		

**Coordonnées de votre médecin traitant actuel :**

<b>Civilité :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>NOM :</b>	
N° et rue :	
Code Postal :	
Ville :	
Téléphone fixe :	
Téléphone mobile :	
Adresse électronique :	

Je soussigné \_\_\_\_\_ médecin traitant de \_\_\_\_\_ reconnais avoir été informé et accepte le traitement informatique de mes données personnelles contenues dans ce dossier.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature :

<sup>1</sup> DMP : Dossier Médical Partagé



## Evaluation de l'autonomie de l'adulte concerné par la demande :

A : Fait spontanément seul, totalement, régulièrement et correctement.

B : Fait partiellement, incorrectement, irrégulièrement ou sur incitation.

C : Ne fait pas, ne peut pas ou ne veut pas le faire.

				Remarques :
<b>Déplacements :</b>				
A l'intérieur	A	B	C	
A l'extérieur	A	B	C	
<b>Toilettes / Hygiène :</b>				
Du haut du corps	A	B	C	
Du bas du corps	A	B	C	
<b>Elimination :</b>				
Urinaire	A	B	C	
Fécale	A	B	C	
<b>Habillage :</b>				
Haut	A	B	C	
Moyen	A	B	C	
Bas	A	B	C	
<b>Alimentation :</b>				
Se servir	A	B	C	
Manger	A	B	C	
<b>Orientation :</b>				
Dans le temps	A	B	C	
Dans l'espace	A	B	C	
<b>Communication :</b>	A	B	C	
<b>Cohérence :</b>	A	B	C	

## Appareillages / aides techniques en place pour l'adulte concerné par la demande :

			Remarques :
Fauteuil roulant	Oui	Non	
Lit médicalisé	Oui	Non	
Matelas anti escarres	Oui	Non	
Déambulateur	Oui	Non	
Orthèse	Oui	Non	
Prothèse	Oui	Non	
Pacemaker	Oui	Non	
PPC	Oui	Non	
Autres ?	Oui	Non	
Si oui précisez :			

**Données relatives au poids et à la taille de l'adulte concerné par la demande :**

Taille :	<u>en cm</u>	
Poids :	<u>en kg</u>	
Amaigrissement récent	OUI	NON
Prise de poids récente	OUI	NON

**Antécédents médicaux de l'adulte concerné par la demande :**

Date	Nature (Thésaurus CIM10)

**Antécédents chirurgicaux de l'adulte concerné par la demande :**

Date	Nature (Thésaurus CIM10)

**Allergies connues de l'adulte concerné par la demande :**

Date	Nature (Thésaurus CIM10)

**Pathologies actuelles de l'adulte concerné par la demande :**

Date	Nature (Thésaurus CIM10)

**Symptomatologie, risques et rééducations présents chez l'adulte concerné par la demande :**

			Remarques :
Soins palliatifs :	OUI	NON	
<b>Conduite à risque :</b>			
Alcool :	OUI	NON	
Tabac :	OUI	NON	
Sevrage :	OUI	NON	
Fugue :	OUI	NON	
<b>Fonctions sensorielles :</b>			
Cécité :	OUI	NON	
Surdité :	OUI	NON	
Risque de fausse route :	OUI	NON	
Handicaps visuels :	OUI	NON	
Handicaps auditifs :	OUI	NON	
Handicaps du langage :	OUI	NON	
<b>Symptômes psycho-comportementaux :</b>			
Idées délirantes :	OUI	NON	
Hallucinations :	OUI	NON	
Agitation agressivité :	OUI	NON	
Dépression :	OUI	NON	
Anxiété :	OUI	NON	
Apathie :	OUI	NON	
Comportements moteurs aberrants :	OUI	NON	
Troubles du sommeil :	OUI	NON	
<b>Portage d'une Bactérie Multirésistante ?</b>			
BMR :	OUI	NON	NE SAIT PAS
Si oui précisez :	Localisation :		
Date du dernier prélèvement :			
<b>Rééducations en cours :</b>			
Kinésithérapie :	OUI	NON	
Orthophonie :	OUI	NON	
Autres :	Précisez		
<b>Principaux traitements en cours :</b>			

**[ JOINDRE LA COPIE DES 3 DERNIERES ORDONNANCES MEDICALES ]**

**L'adulte concerné par la demande est actuellement concerné par...**

<b>Les soins techniques suivants :</b>			Remarques :
Oxygénothérapie :	OUI	NON	
Sondes d'alimentation :	OUI	NON	
Sonde trachéotomie :	OUI	NON	
Sonde urinaire :	OUI	NON	
Gastrostomie :	OUI	NON	
Colostomie :	OUI	NON	
Urétérostomie :	OUI	NON	
Appareillage ventilatoire :	OUI	NON	
Logement implantable :	OUI	NON	
Dialyse péritonéale :	OUI	NON	
<b>Les soins cutanés :</b>			Remarques :
Soin d'ulcère :	OUI	NON	
Soin d'escarre :	OUI	NON	

**EN MATIERE DE SANTE ET DE BIEN ETRE :**

**QUELLES SONT LES ATTENTES ET LES BESOINS DE LA PERSONNE EN DEMANDE D'ACCUEIL ?**

---

---

---

---

---

**EN MATIERE DE SANTE ET DE BIEN ETRE :**

**QUELLES SONT LES ATTENTES ET LES BESOINS DE SA FAMILLE, DE SES AIDANTS ?**

---

---

---

---

---

---

---

---