E.63
Espérance63

Pour la réhabilitation psychosociale et l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique

Siège Associatif
&
Service Administratif Mutualisé
19 bis, bd Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél. 04 73 91 57 25
Courriel : association@esperance63.fr
Site internet : www.esperance63.fr

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
19 bis, bd Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél. 04 73 26 48 30
Courriel : as@esperance63.fr

Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés "Rétablissement"
19 bis, bd Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél. 04 73 26 48 30
Courriel : as@esperance63.fr
samsah-esp63-ide1@orange.fr

Service d'Accueil de Jour "L'Oasis"
19 bis, bd Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél. 04 73 91 70 00
Courriel : aj@esperance63.fr

Appartements de Coordination Thérapeutique
28, rue Daguerre
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél. 04 73 26 94 22
Port. 06 81 55 83 58
Courriel : act@esperance63.fr

Résidence Accueil "Cœur des Dômes"
23, avenue de l'Union Soviétique
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél. 09 62 11 53 47
Port. 06 45 67 25 58
Courriel : cœur-domes-clermont@orange.fr

Relais'Bail Espérance 63
23, avenue de l'Union Soviétique
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél. 09 62 11 53 47
Port. 06 84 56 94 02
Courriel : relaisbail@orange.fr

.....

.....

.....

N.RÉF. : BLA/MN/22 Clermont-Ferrand, le .....

Objet : Votre demande de dossier d'admission

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier de l'accompagnement proposé par un ou plusieurs Établissements ou Services de l'Association Espérance 63. Nous vous remercions de votre confiance.

Vous trouverez le détail de nos procédures d'admission dans les plaquettes de présentation des différentes structures.

Ci-joint par ailleurs :

1) Un dossier médical
2) Un dossier social
3) Une liste des pièces à fournir dans le cadre de votre demande

Cette dernière sera étudiée par nos Commissions d'admissions composées du Directeur, du Psychiatre Référent, ou Coordinateur, et du Chef de Service concerné.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à vous adresser au Service Administratif Mutualisé de l'Association au 04.73.91.57.25.

NB : **Concernant l'admission aux ACT et la Résidence Accueil « Cœur des Dômes »**, l'élaboration d'un programme d'activités hebdomadaires favorisant votre rétablissement est indispensable. Le Service d'Accueil de Jour peut être un bon complément à votre hébergement. C'est pourquoi, il vous est fortement conseillé de fournir, dès à présent, le **Certificat Médical MDPH** permettant d'étudier une éventuelle intégration à ce Service (document bleu joint au présent dossier).

Recevez, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération.

Benjamin LACAS
Directeur Associatif Multisites

MAJ 04/2022

Association Espérance 63
19 bis, Boulevard Winston Churchill
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04.73.91.57.25
Courriel : association@esperance63.fr
Site : www.esperance63.fr

Demande d'Admission

Pièces à transmettre

Pièces à retourner aux coordonnées ci-dessus, impérativement accompagné du **Dossier Médical**.
Merci de préciser, le ou les Établissement(s) concerné(s) par la demande (SAVS, SAMSAH, SAJ, ACT, RA, Relais'Bail).

Attention : Tout dossier incomplet ne pourra être traité

	ACT	SAJ	SAVS SAMSAH	RA	Relais' Bail
❖ Dossier SOCIAL					
❖ Dossier MÉDICAL (à remplir par le Psychiatre du demandeur ① et à cacheter, sous pli confidentiel, à l'aide de l'enveloppe jointe)					
❖ Certificat Médical MDPH (NB : Afin d'accélérer l'admission, **merci d'adresser directement la demande à la MDPH**)					
❖ Demande d'Orientation auprès du SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation)					
❖ Demande d'Aide Sociale auprès du Département (à déposer auprès de votre CCAS, **après l'admission**)					
❖ Déclaration d'Entrée au SAJ/Conseil Départemental					

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES

❖ 1 Photo d'identité récente					
❖ Attestation de Droit Sécurité Sociale (**à demander via AMELI**)					
❖ Photocopie de votre carte de Mutuelle, le cas échéant					
❖ Justificatifs de vos ressources (copies)					
❖ Photocopie de votre dernier Avis d'Imposition					
❖ Photocopie du Jugement de Protection					
❖ Photocopie des Notifications MDPH en cours					
❖ Photocopie de votre Attestation d'Assurance Responsabilité Civile Individuelle					
❖ Photocopie de votre Attestation d'Assurance Multirisques Habitation					

① (ou Médecin traitant, si pas de suivi en cours avec un Psychiatre)

Association Espérance 63
19 bis, Boulevard Winston Churchill
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04.73.91.57.25
Courriel : association@esperance63.fr
Site : www.esperance63.fr

Demande d'Admission

DOSSIER MÉDICAL(*)

(*) Destinés au Psychiatre Coordinateur

Dossier médical à adresser :

Association Espérance 63
Psychiatre Coordinateur
19 bis, Boulevard Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND

NOM / PRÉNOM du candidat : ……..Date de naissance : .....

Lieu de vie habituel :.....

Lieu de vie actuel si différent :.....

- ☐ **ACT** : Appartements de Coordination Thérapeutique Espérance 63
- ☐ **SAJ l'Oasis** : Service d'Accueil de Jour l'Oasis
- ☐ **SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale Espérance 63
- ☐ **SAMSAH Rétablissement** : Service d'Accompagnement Médico-Social

POUR UNE DEMANDE D'ADMISSION AUX ACT, SAJ, SAVS, et SAMSAH RETABLISSEMENT UN COURRIER DE SYNTHÈSE MÉDICAL EST OBLIGATOIRE DÉVELOPPANT LES POINTS CI-DESSOUS :

- **Objectifs du projet d'admission ET PROJET** (HJ, CATTP, etc)
- Diagnostic Principal (CIM 10) ET Diagnostics Associés (CIM 10), COMORBIDITÉS
- Ancienneté de la maladie
- Principaux antécédents médicaux et pathologies évolutives
- Antécédents significatifs pouvant avoir une incidence pour l'accompagnement
- Addictions éventuelles
- ATCDs de TS
- Activités actuelles (professionnelles, occupationnelles)
- Degré de stabilité et d'amélioration du futur Adhérent
- Degré de sociabilité
- Degré d'autonomie actuelle
- Traitements en cours
- Suivi psychiatrique, rythme, lieu des consultations, dès l'admission en Établissement Espérance 63,
- La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection juridique ? *Si OUI laquelle ? Coordonnées du service mandataire ?*

Engagements réciproques :

- Espérance 63 s'engage à travailler en étroite collaboration avec les services partenaires en établissant des contacts fréquents et des rencontres régulières afin de garantir la coordination du parcours d'accompagnement du candidat et de prévenir les risques de ruptures.
- Les services partenaires s'engagent à participer et/ou organiser toutes réunions nécessaires au suivi de l'Adhérent/Résident, ou retour à l'hôpital de celui-ci en cas de rechute.
- La Direction d'Espérance 63, en concertation avec les équipes médicales peut mettre fin à l'accompagnement.
- **AVANT TOUTE DÉCISION D'ADMISSION** aux ACT, un RDV sera proposé au candidat, avec le Psychiatre coordinateur puis avec la Cheffe de service.
- Pour les ACT et le SAMSAH Rétablissement, toute modification thérapeutique doit être communiquée à l'Infirmière du Service.

NOM DU MÉDECIN :…… DATE :……

SERVICE :…… SIGNATURE

ADRESSE :……

TÉLÉPHONE :……PORTABLE :……..

COURRIEL :……@……

Association Espérance 63
19 bis, Boulevard Winston Churchill
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04.73.91.57.25
Courriel : association@esperance63.fr
Site : www.esperance63.fr

Demande d'Admission

DOSSIER SOCIAL

Date de la demande : / /

Dossier Social à retourner aux coordonnées ci-dessus, impérativement accompagné du **Dossier Médical**.
Merci de préciser, le ou les Établissement(s) concerné(s) par la demande (SAVS, SAMSAH, SAJ, ACT, RA, Relais'Bail).

Attention : Tout dossier incomplet ne pourra être traité

PRÉCISER L'ÉTABLISSEMENT DESTINATAIRE DE VOTRE DEMANDE

Plusieurs demandes et accompagnements peuvent être formulés et/ou combinés-(cocher la ou les cases correspondantes)

- ☐ **ACT : A**ppartements **de C**oordination **T**hérapeutique **Espérance 63**
- ☐ **RA : R**ésidence **A**ccueil **« Cœur des Dômes Clermont-Ferrand »**
- ☐ **RBG Relais'Bail : baux Glissants** *(Intermédiation locative et accompagnement vers le logement)*
- ☐ **RBT Relais'Bail : logements de Transition** *(Intermédiation locative et accompagnement vers le logement)*
- ☐ **SAJ l'Oasis : S**ervice **d'A**ccueil **de J**our **Espérance 63**
- ☐ **SAVS : S**ervice **d'A**ccompagnement à la **Vie S**ociale **Espérance 63**
- ☐ **SAMSAH Espérance 63: S**ervice d'**A**ccompagnement **M**édico-**S**ocial pour **Ad**ultes **H**andicapés

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : ..... Prénom :.....

Nom de jeune fille :.....

Né(e) le : ..... À : .....

Adresse actuelle :.....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Tél : ..... Portable :.....

Courriel @ :

Si actuellement hospitalisé(e) :

Nom et Coordonnées du Service : .....

Nom du Médecin : ..... Tél : .....

Courriel @ :

Nom de l'infirmier Référent : ..... Tél : .....

Courriel @ :

Personne ayant aidé à remplir le dossier :

NOM : ..... Prénom :.....

Lien avec le demandeur (tuteur, AS, famille, proche…) : .....
Adresse : .....

Tél :.....Courriel @ : .....

.....

PROTECTION ET DROITS DU DEMANDEUR

Protection sociale :

N° Sécurité Sociale : ..... N° CAF :.....

Centre d'affiliation :.....

Mutuelle : ..... Assurance :.....

Affection Longue Durée (ALD 100 %) : **OUI ☐** **NON ☐**

Décisions MDPH : TYPE	Durée de validité Début	Fin	N° MDPH : Commentaire
RQTH Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé	……/……/…...	……/……/…...	
ORP Orientation Reclassement Professionnel	……/……/…...	……/……/…...	
AAH Allocation aux Adultes Handicapés	……/……/…...	……/……/…...	
PCH Prestation de Compensation du Handicap	……/……/…...	……/……/…...	
ACTP Allocation Compensatrice pour Tierce Personne	……/……/…...	……/……/…...	
CI Carte d'Invalidité	……/……/…...	……/……/…...	
SDP Carte de stationnement pour Personne Handicapée	……/……/…...	……/……/…...	
ORIENTATION SAVS Orientation vers un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale	……/……/…...	……/……/…...	
ORIENTATION SAJ Orientation vers un Service d'Accueil de Jour	……/……/…...	……/……/…...	
ORIENTATION ESAT Établissement & Services d'Aide par le Travail	……/……/…...	……/……/…...	
ORIENTATION AUTRE Préciser :……	……/……/…...	……/……/…...	

Personne de confiance, à prévenir en cas de besoin :

NOM : ..... Prénom :.....

Lien avec le demandeur (tuteur, AS, famille, proche…) : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : .....

Courriel @ :

Protection Juridique :

Le demandeur bénéficie-t-il d'une Mesure de Protection Juridique ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Demande en cours
Le Mandat Judiciaire de Protection des Majeurs est-il exercé par : ☐ Famille ☐ MJPM Libéral ☐ Organisme

Nom de l'organisme : .....

Nom du MJPM : ..... Prénom :.....

S'il s'agit d'une personne de la Famille, quel est le lien de parenté avec le demandeur : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : .....

Courriel @ :
Type de mesure de protection :
☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ MASP
☐ MAJ ☐ Sauvegarde de justice ☐ Autre :……..….

RESSOURCES MENSUELLES NETTES		
TYPE	Revenus	Commentaires
Salaire/Rémunération ☐ milieu protégé ☐ milieu ordinaire	€	
AAH (Alloc. aux Adultes Handicapés) ☐ taux plein (> à 80%) ☐ différentielle (taux 50-79%)	€	
ACTP (Alloc. Compensatrice pour Tierce Personne) ☐ à - de 80% ☐ à 80%	€	
Majoration pour Tierce Personne	€	
Allocation Complémentaire	€	
Allocation Familiale	€	
Indemnités de chômage	€	
Indemnités Journalières de S.S	€	
Allocation Logement	€	
Revenu de Solidarité Active	€	
Rente	€	
Pension de réversion	€	
Complément de ressources	€	
Majoration Vie Autonome	€	
Aide financière versée par la Famille	€	
Autres (à préciser) :	€	

CHARGES MENSUELLES NETTES		Commentaires
Loyer* restant à charge *(Aide au logement déduite)* *(*)Charges comprises*	€	
Dépenses Energétiques (Electricité, Gaz, etc)	€	
Transports	€	
Assurances	€	
Mutuelle Santé	€	
Téléphone	€	
Pensions Alimentaires	€	
Impôts et taxes	€	
Dettes (Merci de préciser) Un dossier de surendettement a-t-il été déposé	€ € € € € ☐ Oui ☐ Non	
Retenues sur salaire	€	
Autres (à préciser)	€ €	
TOTAL	€	

SUIVI MÉDICAL

Médecin traitant :

Nom:..... Prénom :.....

Adresse :.....

Tél : ..... Fax : .....

Courriel @:

Médecin psychiatre :

Nom:..... Prénom :.....

Adresse :.....

Tél : ..... Fax : .....

Courriel @:

TYPES DE SUIVIS

Centre Médico-Psychologique :

Nom du service :.....

Adresse :.....

Tél : .....Fréquence/jours de présence : .....

Courriel @:

Nom du psychiatre :…….... Nom de l'Infirmier référent

Hôpital de Jour :

Nom du service :.....Nom du Référent :.....

Adresse :.....

Tél : .....Fréquence/jours de présence : .....

Courriel @:

Nom du psychiatre :…… Nom de l'Infirmier référent.....

Infirmier(e) libéral(e) :

Cabinet :..... Nom de l'Infirmier:.....

Adresse :.....

Tél : .....Fréquence/jours de présence : .....

Courriel @:

Infirmier(e)Hospitalier (Visite à Domicile) :

Nom du Service :..... Nom &Prénom Infirmier:.....

Adresse :.....

Tél : .....Fréquence/jours de présence : .....

Courriel @:

Assistant(e) social(e) :

Nom du Service :..... Nom &Prénom de l'AS:.....

Adresse :.....

Tél : .....

Courriel @:

Autre Intervenant (ex : service auxiliaire de vie, éducateur spécialisé…) :

Nom du Service : ..... Nom &Prénom de l'Intervenant: .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Tél : .....Fréquence/jours de présence : .....

Courriel @:

VIE SOCIALE

Logement (Lieu de vie habituel ou temporaire) :

☐ Locataire du parc social ☐ Locataire du parc privé ☐ Propriétaire

☐ Résident en institution médico-sociale *(Foyers hébergement/ACT, etc)* ☐ Résident en Hébergement d'Urgence *(CHRS, LHSS, Hôtel, etc)* ☐ Résident en résidence Sociale *(FJT, Maison relais, Résidence Accueil etc)*

☐ Hospitalisé ☐ Logé à titre gracieux ☐ Autre *(préciser)*

Situation familiale et mode de vie :

☐ Célibataire vivant seul ☐ Célibataire vivant chez ses parents ☐ Veuf, veuve

☐ Marié(e) ☐ Vit maritalement ☐ Divorcé(e), séparé(e)

☐ Colocation ☐ Pacsé ☐ Autre :……

Environnement familial:

CONJOINT : .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

Courriel @ :

PARENTS : .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

Courriel @ :

Si séparés préciser : PERE - MERE

Adresse : .....

..... Tél : .....

Courriel @ :

FRERES SOEURS : .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

Courriel @ :

FRERES SOEURS : .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

Courriel @ :

AUTRE PERSONNE AIDANTE :.....
Adresse :.....
..... Tél : .....
Courriel @:

ENFANTS :
Nom et Prénom : .....Âge :.....
Coordonnées :.....

Nom et Prénom : .....Âge :.....
Coordonnées :.....

Nom et Prénom : .....Âge :.....
Coordonnées :.....

Si enfants :

☐ Vivent au domicile du demandeur ☐ Vivent hors foyer du demandeur
☐ Droit de visite ☐ Droit de garde

Si mesure éducative, auprès des enfants, noms et coordonnées du service en charge de la mesure éducative, et nom de l'éducateur référent :.....
.....

SCOLARITÉ ET SITUATION PROFESSIONNELLE

Niveau de scolarité :

☐ Non scolarisé ☐ Niveau BEPC ☐ Niveau BAC
☐ Niveau primaire ☐ Niveau CAP/BEP ☐ Niveau supérieur au BAC

Formation suivie ..... Dates:.....
Diplômes obtenus :.....

Situation Professionnelle :

☐ Travail en milieu ordinaire ☐ Demandeur d'emploi en milieu ordinaire
☐ Travail en milieu protégé/adapté ☐ Demandeur d'emploi en milieu protégé/adapté
☐ En formation ☐ En arrêt maladie ☐ En arrêt longue maladie ☐ Inapte

Profession ou formation :……Employeur ou lieu de formation :……
Adresse :.....
..... Tél : .....
Courriel @ :

Antécédents professionnels : ☐ À déjà travaillé ☐ N'a jamais travaillé

Ancienne(s) profession(s) :.....

Activités habituelles :

Occupations actuelles : .....

.....

Centres d'intérêt : .....

.....

Modes de déplacements habituels :

☐ A pieds ☐ En transports en commun ☐ En covoiturage ☐ En 2 roues

☐ En véhicule personnel. Préciser le type de permis de conduire : ……..

PROJET HÉBERGEMENT OU DE LOGEMENT
(À remplir si demandes d'accueil en ACT, Résidence Accueil ou Relais'Bail Espérance 63)

Parcours résidentiel des 3 dernières années (type de logement, motifs de départ, changement de situation à préciser) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Durée* de séjour envisagée dans la structure d'accueil demandée

(*) NB : ACT / maximum 2 ans ; Résidence Accueil/ 1 an reconductible : Relais'Bail : 6 mois environ, avant glissement de bail au nom du sous-locataire, puis bail reconductible sans limite de durée).

Type de logement souhaité :

Appartements de Coordination Thérapeutique	☐ Chambre meublée en appartement partagé			
Résidence Accueil «Cœur des Dômes Clermont Ferrand »	☐ Studio	☐ T1	☐ T2	
Logement en Relais'Bail Espérance 63	☐ Studio	☐ T1	☐ T2	☐ Autres *(préciser)*

Date d'entrée souhaitée : ……../……../……..

SOUHAITS et MOTIVATIONS de la PERSONNE
(A remplir par le demandeur lui-même)

J'aimerais :

me loger	**OUI ☐**	**NON ☐**
prendre soin de moi et de ma santé	**OUI ☐**	**NON ☐**
rencontrer de nouvelles personnes	**OUI ☐**	**NON ☐**
mieux me protéger	**OUI ☐**	**NON ☐**
découvrir ou pratiquer des activités	**OUI ☐**	**NON ☐**
trouver la motivation de sortir de chez moi	**OUI ☐**	**NON ☐**
mieux gérer les tâches de ma vie quotidienne (courses, linge…)	**OUI ☐**	**NON ☐**
me repérer dans le temps	**OUI ☐**	**NON ☐**
me déplacer plus facilement	**OUI ☐**	**NON ☐**
gérer mon budget	**OUI ☐**	**NON ☐**
réaliser mes démarches administratives	**OUI ☐**	**NON ☐**

- **Je souhaite bénéficier des accompagnements proposés par ce(s) Établissement et Services pour :**

_____

_____

_____

_____

_____

Avis de mon entourage (A remplir par le Représentant légal, la personne aidante ou la famille)

_____

_____

_____

_____

_____

Fait à ……..le ……/ ……/……..

Signature du Demandeur

Signature du Représentant légal
(le cas échéant)

E.63
Espérance63

Formulaire de désignation d'une Personne de Confiance

L'article L 1111-6 du Code de la Santé Publique ouvre le droit à tout Usager d'un établissement médico-social de désigner une personne de confiance. Cette personne, au sens du présent Article « *peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et sera consultée au cas où l'usager serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage*. »

Une personne de confiance c'est quoi ? C'est un proche, qu'il soit un membre de la famille ou ami, c'est quelqu'un qui **connait mes convictions et mes envies** concernant ma santé et à qui **JE** fais **confiance**.

La personne de confiance désignée doit être **majeure**.

Cette personne de confiance :

- ✓ pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
- ✓ pourra être consulté(e) par l'équipe qui me suis au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre,
- ✓ ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées comme telles à l'équipe,
- ✓ **sera informé(e) par mes soins de cette désignation et je m'assurerai de son accord**.

Pour la durée de mon suivi par l'Association ESPERANCE 63 :

Je soussigné(e), ……

Né(e) le …… /……/……

Demeurant …… à …… CP : _ _ _ _ _

☐ **Souhaite** désigner une personne de confiance ☐ **Ne souhaite pas** désigner une personne de confiance

Désigne Monsieur / Madame ……

Né(e) le …… /……/……

Demeurant …… à …… CP : _ _ _ _ _

N° de Téléphone :

E-mail :

Lien avec la personne :

Je peux mettre fin ou modifier cette décision à tout moment et par tout moyen. Cette désignation est effective uniquement pour la durée de mon suivi par l'Association ESPERANCE 63.

Fait à …… Le ___ / ___ / _____

Signature :	Signature de la personne désignée :

Formulaire de désignation d'une Personne de Confiance

Cas Particuliers

PARTIE RESERVEE AU SERVICE :

☐ N'est pas en capacité de désigner une personne de confiance

☐ Ne souhaite pas compléter ce formulaire.

Nom, Prénom :

Fonction :

Date : Signature :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

A remplir par un tiers ou l'équipe

Autorisation du juge ou du conseil de famille à désigner cette personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non

Date : Signature du déclarant :

Pièces complémentaires à fournir pour le Service d'Accueil de Jour l'Oasis

⇨ *Certificat Médical MDPH*
⇨ *Déclaration d'entrée au SAJ « l'Oasis » - Annexe II*

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

cerfa 15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap.
Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? ☐ Oui ☐ Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? ☐ Oui ☐ Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? ☐ Oui ☐ Non

* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur .....
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme .....
depuis mon précédent certificat.

Date :

Signature :

A l'attention du patient

Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance : | Nom d'usage :

Prénom : | Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation sécurité sociale : | N° de dossier auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

1. Pathologie motivant la demande

Questions obligatoires

Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition :

☐ Congénitale ☐ Maladie ☐ Accident vie privée

☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle

Date d'apparition :

☐ A la naissance ☐ Depuis moins de un an

☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

3. Description clinique actuelle

Poids : Taille :

Latéralité dominante avant handicap : ☐ Droite ☐ Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 15 j par mois
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

☐ Stabilité ☐ Incapacité fluctuante ☐ Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)
☐ Aggravation ☐ Evolutivité majeure ☐ Non définie

Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles

En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du cerfa n°15695*01)

Observations :

En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du cerfa n°15695*01)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.
Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

☐ Hospitalisations itératives ou programmées
☐ Suivi médical spécialisé
☐ Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)
☐ Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence
☐ Ergothérapeute	
☐ Infirmière	
☐ Kinésithérapeute	
☐ Orthophoniste	
☐ Orthoptiste	
☐ Psychologue	
☐ Psychomotricien	
☐ Autre	

Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
☐ CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
☐ CMP (Centre Médico Psychologique)	
☐ CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
☐ Hôpital de jour	
☐ Autre	

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Corrections auditives : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ Appareillage ☐ Implant

Aide à mobilité
☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Orthèse, prothèse (préciser)
☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Fauteuil roulant manuel
☐ Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :

Appareillage visuel :
☐ Télé-agrandisseur ☐ Terminal-braille ☐ Logiciel de basse vision
☐ Loupe ☐ Logiciel de synthèse vocale

Alimentation / Elimination :
☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation ☐ Stomie digestive d'élimination
☐ Sonde urinaire ☐ Stomie urinaire

Aides respiratoires : ☐ Trachéotomie ☐ O2 ☐ Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole ☐ Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Déambulateur	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	☐ En intérieur	☐ En extérieur	

Ralentissement moteur : ☐ Oui ☐ Non Besoin de pauses : ☐ Oui ☐ Non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : ☐ Oui ☐ Non

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice	A	B	C	D	NSP
Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement					
Marcher :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main non dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Motricité fine :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions :

Communication	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser le téléphone :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...)	☐	☐	☐	☐	☐

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) **avec appareillage** ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

Bilan orthophonique à joindre en cas de troubles du langage oral et écrit avec un retentissement significatif.

Cognition / Capacité cognitive

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

	A	B	C	D	NSP
Orientation dans le temps :	☐	☐	☐	☐	☐
Orientation dans l'espace :	☐	☐	☐	☐	☐
Gestion de la sécurité personnelle :	☐	☐	☐	☐	☐
Maîtrise du comportement :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

La personne sait-elle :

☐ Lire ☐ Ecrire ☐ Calculer ☐ NSP

Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation...

	A	B	C	D	NSP
Faire sa toilette :	☐	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller :	☐	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐	☐
Couper ses aliments :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

Vie quotidienne et vie domestique

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

	A	B	C	D	NSP
Prendre son traitement médical :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son suivi des soins :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire les courses :	☐	☐	☐	☐	☐
Préparer un repas :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer les tâches ménagères :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire des démarches administratives :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son budget :	☐	☐	☐	☐	☐

Autre (préciser) :

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale : ☐ Vie familiale ☐ Isolement ☐ Rupture ☐ Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial : ☐ Oui ☐ Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Retentissement sur l'emploi :

Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, préciser :

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, préciser :

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

8. Coordonnées et signature

Docteur :

Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Identifiant RPPS :

Identifiant ADELI :

Adresse postale :

Téléphone :

Email :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)

ANNEXE II

PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT
Direction Générale
de la Solidarité et de l'Action Sociale

Direction de la Solidarité

DECLARATION D'ENTREE AU SAJ "L'OASIS"

ETAT CIVIL

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale :

☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ PACS

☐ divorcé(e) ☐ concubin(e) ☐ célibataire

Nom - prénom du conjoint ou concubin(e), de la personne avec qui a été conclu un PACS :

.....

NOM et adresse du représentant légal (joindre la décision) : .....

.....

PIECE A FOURNIR :

- Bulletin d'admission dans le service
- Détail des ressources
- Copie du dernier avis d'imposition
- Orientation CDAPH

DATE D'ENTREE AU SAJ

- Où habitiez-vous dans les trois mois qui ont précédé votre admission dans ce service

➢ A domicile :
- Adresse.....
- Département .....

➢ Dans un établissement :
- Nom de l'établissement.....
- Adresse.....
- Département .....

- Si vous étiez déjà dans un autre établissement, veuillez préciser votre adresse antérieure à l'entrée dans cet établissement

- Département .....
- Depuis quelle date habitiez-vous à cette adresse .....

Fait le **à**

Signature :