



ASSOCIATION CORDIA

## Maison d'Accueil Spécialisée

71 rue Compans – 75019 PARIS

Tél : 01.53.38.82.13

# DOSSIER D'ADMISSION



Siège social : Association Cordia  
3 rue Saint-Nicolas 75012 PARIS  
Tél : 01.53.38.59.30  
Fax : 01.53.38.59.31  
Site web: [www.cordia.asso.fr](http://www.cordia.asso.fr)

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### Le candidat

---

Précisez le type d'accompagnement :  Accueil de jour ou  accueil permanent

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Sexe : Homme  Femme  Transgenre

N° de carte d'identité :

N° de carte/Titre de séjour ou n° de Passeport :

Adresse :

Code postal :

Ville :

### Situation familiale

---

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubinage  Veuf/ve  Divorcé (e)

Vit chez ses parents ou des proches  Vit à l'hôpital  Vit dans une MAS  Vit dans un foyer  Autre (préciser) :

Enfants : Oui  Non

Nombre d'enfants à charge :

### Mesure de protection juridique

---

Tutelle : Oui  Non

Curatelle simple : Oui  Non

Curatelle renforcée : Oui  Non

Si responsable légal :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

## REGIME DU CANDIDAT - ASSURÉ SOCIAL

### L'assuré

---

Nom de l'assuré :

Prénom :

Numéro d'immatriculation :

Nom de la CPAM :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Mutuelle complémentaire de santé :

Nom et prénom de l'adhérent:

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

### Prestations sociales

---

Titulaire de la carte d'invalidité : Oui  Non

Date d'expiration :

Titulaire de l'AAH : Oui  Non

Taux de handicap : 80%  90%  100%

## DOSSIER CONFIDENTIEL

### Renseignements médicaux (à remplir avec l'aide du médecin si nécessaire)

---

Nom et prénom du patient :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Le patient est-il traité par une équipe médicale spécialisée : Oui  Non

Si Oui, merci de préciser le nom du médecin référent et les coordonnées de l'établissement :

Diagnostic :

Etat actuel (merci de compléter avec précision la fiche d'autonomie ci-jointe en page 5) :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Allergies connues :

Vaccins :

Traitement actuel (joindre ordonnance en cours) :

### Prise en charge rééducative

---

Kiné : Oui  Non

Orthophonie : Oui  Non

Ergothérapie : Oui  Non

Psychologie : Oui  Non

Autres (précisez) :

## FICHE D'AUTONOMIE, DE PRÉSENTATION ET DE COMPORTEMENT

### PARTIE A : mobilité physique

 **Précisions**

LEVER / COUCHER	<input type="checkbox"/> spontané et seul(e) <input type="checkbox"/> 1 personne pour aider ou stimuler <input type="checkbox"/> 2 personnes pour aider <input type="checkbox"/> ne tient pas sur ses jambes même avec de l'aide <input type="checkbox"/> lit médicalisé <input type="checkbox"/> potence <input type="checkbox"/> lève-malade <input type="checkbox"/> verticalisateur <input type="checkbox"/> se retourne dans son lit seul(e)	
MOBILISATION OU DEPLACEMENT	<input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> avec stimulation <input type="checkbox"/> 2 personnes pour aider <input type="checkbox"/> avec déambulateur ou aide technique <input type="checkbox"/> station debout possible <input type="checkbox"/> station debout difficile <input type="checkbox"/> station debout impossible <input type="checkbox"/> passe seul(e) du lit au fauteuil roulant <input type="checkbox"/> position assise <input type="checkbox"/> déplacement sur sol plat Préciser le périmètre de déplacement seul(e) : Préciser la durée de déplacement seul(e) :	
ESCALIER	<input type="checkbox"/> sait monter seul(e) un escalier <input type="checkbox"/> sait descendre seul(e) un escalier <input type="checkbox"/> a besoin d'aide <input type="checkbox"/> ne sait ni monter ni descendre un escalier	
FAUTEUIL ROULANT	<input type="checkbox"/> manuel <input type="checkbox"/> électrique <input type="checkbox"/> utilisation seul(e)	

ASCENSEUR	<input type="checkbox"/> utilisation seul(e) <input type="checkbox"/> avec difficulté <input type="checkbox"/> impossible	
-----------	---	--

## PARTIE B : activités de la vie quotidienne

 Précisions

TOILETTE	<input type="checkbox"/> toilette du corps <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> avec stimulation verbale <input type="checkbox"/> avec aide partielle + installation <input type="checkbox"/> avec aide totale <input type="checkbox"/> souci d'esthétique (se maquille par exemple) <input type="checkbox"/> souci d'apparence (dents, visage, rasage, coiffure) <input type="checkbox"/> bain <input type="checkbox"/> douche normale <input type="checkbox"/> douche adaptée (charriot ou chaise) <input type="checkbox"/> soin de peau spécifique (escarre ou autre)	
HABILLAGE	<input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> avec stimulation verbale <input type="checkbox"/> avec aide partielle <input type="checkbox"/> avec aide totale <input type="checkbox"/> change régulier <input type="checkbox"/> choisit ses vêtements	
DESHABILLAGE	<input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> avec stimulation verbale <input type="checkbox"/> avec aide partielle <input type="checkbox"/> avec aide totale <u>COMPORTEMENTS PARTICULIERS :</u> <input type="checkbox"/> déshabillage intempestif <input type="checkbox"/> refuse de se changer pour la nuit, garde ses vêtements de la journée	

<p>CHAUSSURES ET TROUBLES ORTHOPÉDIQUES</p>	<p><u>CHAUSSURES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> les met seul(e)</li> <li><input type="checkbox"/> avec aide partielle</li> <li><input type="checkbox"/> avec aide totale</li> </ul> <p><u>TROUBLES ORTHOPÉDIQUES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> très gênants</li> <li><input type="checkbox"/> gênants</li> <li><input type="checkbox"/> modérés</li> <li><input type="checkbox"/> inexistants</li> <li><input type="checkbox"/> appareillage particulier (précisez)</li> </ul>	
<p>APPAREILLAGE ET CONFORT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> type d'appareillage</li> <li><input type="checkbox"/> emplacement</li> <li><input type="checkbox"/> l'installe seul(e)</li> <li><input type="checkbox"/> l'installe avec une aide partielle</li> <li><input type="checkbox"/> l'installe avec une aide totale</li> <li><input type="checkbox"/> si oui, préciser l'horaire d'installation</li> <li><input type="checkbox"/> protection contre les chocs</li> <li><input type="checkbox"/> lève malade</li> <li><input type="checkbox"/> matelas et/ou coussins spécifiques</li> </ul>	
<p>RESPIRATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> normale</li> <li><input type="checkbox"/> difficile (précisez)</li> <li><input type="checkbox"/> trachéotomie</li> <li><input type="checkbox"/> respirateur (précisez permanent ou intermittent)</li> <li><input type="checkbox"/> canule (précisez le type et régime de changement)</li> </ul>	
<p>ALIMENTATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> mange seul(e)</li> <li><input type="checkbox"/> avec aide partielle</li> <li><input type="checkbox"/> avec aide totale</li> <li><input type="checkbox"/> se sert seul(e) dans tous les plats</li> <li><input type="checkbox"/> se sert seul(e) à boire</li> <li><input type="checkbox"/> eau gélifiée</li> <li><input type="checkbox"/> verre et/ou couvert adapté</li> <li><input type="checkbox"/> besoin de matériel adapté (sonde nasogastrique, jéjunostomie, gastronomie... précisez)</li> <li><input type="checkbox"/> régime (entourez la bonne mention et précisez colonne de droite) :</li> </ul>	

	<p>Diabétique</p> <p>Hypocalorique</p> <p>Sans sel</p> <p>Haché</p> <p>Mixé</p> <p>Compléments alimentaires</p> <p>Autres</p> <p><input type="checkbox"/> problèmes de mastication</p> <p><input type="checkbox"/> port d'un appareil dentaire</p> <p><input type="checkbox"/> problème de déglutition</p> <p><input type="checkbox"/> risque de fausses routes</p> <p><input type="checkbox"/> allergie alimentaire</p> <p><u>COMPORTEMENTS PARTICULIERS :</u></p> <p><input type="checkbox"/> vomissements</p> <p><input type="checkbox"/> anorexie</p> <p><input type="checkbox"/> boulimie</p> <p><input type="checkbox"/> potomanie</p> <p><input type="checkbox"/> autre (précisez)</p>	
CONDUITES ADDICTIVES	<p><input type="checkbox"/> tabac</p> <p><input type="checkbox"/> café</p> <p><input type="checkbox"/> autre (précisez)</p>	
SOMMEIL	<p><input type="checkbox"/> heure du lever</p> <p><input type="checkbox"/> heure du coucher</p> <p><input type="checkbox"/> besoin de surveillance</p> <p><input type="checkbox"/> habitudes, rituels (porte ouverte, lumière,... merci de préciser dans la colonne de droite)</p> <p><input type="checkbox"/> fait habituellement la sieste</p> <p><input type="checkbox"/> besoin de contention</p> <p><input type="checkbox"/> position du sommeil (précisez)</p>	
INCONTINENCE URINAIRE	<p><input type="checkbox"/> jamais</p> <p><input type="checkbox"/> accidentelle</p> <p><input type="checkbox"/> doit être sollicité pour aller aux toilettes</p> <p><input type="checkbox"/> nocturne fréquente</p> <p><input type="checkbox"/> porte des couches la journée</p> <p><input type="checkbox"/> porte des couches la nuit</p>	



	<input type="checkbox"/> diurne <u>COMPORTEMENTS PARTICULIERS :</u> <input type="checkbox"/> façons particulières d'exprimer ses besoins <input type="checkbox"/> manipulation de ses urines <input type="checkbox"/> aide à la miction <input type="checkbox"/> sonde urétérostomie <input type="checkbox"/> sonde vésicale <input type="checkbox"/> cathéter sous-pubien <input type="checkbox"/> étui pénien <input type="checkbox"/> WC adaptés <input type="checkbox"/> poche stomie	
<b>INCONTINENCE            FECALE</b>	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> accidentelle <input type="checkbox"/> doit être sollicité(e) pour aller aux toilettes <input type="checkbox"/> fréquente <input type="checkbox"/> problème particulier (préciser colonne de droite) <u>COMPORTEMENTS PARTICULIERS :</u> <input type="checkbox"/> manipulation selles <input type="checkbox"/> constipation habituelle <input type="checkbox"/> diarrhée fréquente <input type="checkbox"/> aide pour aller aux selles (doigtier)	

## PARTIE C : organes des sens

 **Précisions**

<b>VISION</b>	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> affaiblie, gênant la lecture <input type="checkbox"/> défaut gênant la vie quotidienne <input type="checkbox"/> pas de vision <input type="checkbox"/> myopie <input type="checkbox"/> hypermétropie <input type="checkbox"/> astigmatisme	
---------------	--	--

	<input type="checkbox"/> presbytie <input type="checkbox"/> autres anomalies de la vision (précisez colonne à droite) <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles	
AUDITION	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> impose de parler fort <input type="checkbox"/> surdité totale <input type="checkbox"/> peut lire sur les lèvres <input type="checkbox"/> appareil auditif <input type="checkbox"/> utilise le langage des signes	
HYPERSENSIBILITÉ	<input type="checkbox"/> � la lumière <input type="checkbox"/> � la température <input type="checkbox"/> au bruit <input type="checkbox"/> au toucher <input type="checkbox"/> autres (précisez colonne de droite)	

## PARTIE D : fonctions mentales et psychiques

 **Précisions**

ORIENTATION DANS LE TEMPS	<input type="checkbox"/> aucun problème <input type="checkbox"/> se repère dans la journée (jour/nuit) <input type="checkbox"/> se repère dans la journée (matin/midi/soir) <input type="checkbox"/> se repère dans la semaine <input type="checkbox"/> se repère dans l'année <input type="checkbox"/> sait lire l'heure	
ORIENTATION DANS L'ESPACE	<input type="checkbox"/> aucun problème <input type="checkbox"/> parfois désorienté(e) <input type="checkbox"/> orienté seulement dans les milieux habituels clos <input type="checkbox"/> désorientation complète à l'extérieur <input type="checkbox"/> désorientation complète à l'intérieur	
COMPORTEMENT PARTICULIER	<input type="checkbox"/> hyper motricité <input type="checkbox"/> hyper activité <input type="checkbox"/> hypo motricité	

	<input type="checkbox"/> peut saisir des objets facilement <input type="checkbox"/> ne peut pas saisir des objets facilement <input type="checkbox"/> parfois désorienté <input type="checkbox"/> fugues <input type="checkbox"/> errances <input type="checkbox"/> déambulations nocturnes <input type="checkbox"/> spasticité, raideur (précisez) <input type="checkbox"/> mouvements anormaux (précisez la fréquence) <input type="checkbox"/> ne peut pas saisir des objets facilement <input type="checkbox"/> pompe liorésal	
HUMEUR	<input type="checkbox"/> joyeux <input type="checkbox"/> communicatif <input type="checkbox"/> a le sens de l'humour <input type="checkbox"/> aime plaisanter <input type="checkbox"/> sociable <input type="checkbox"/> s'intègre facilement dans un groupe <input type="checkbox"/> solitaire <input type="checkbox"/> déprimé <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> repli sur soi <input type="checkbox"/> hétéro-agressivité (précisez envers qui) <input type="checkbox"/> auto-agressivité <input type="checkbox"/> automutilation <input type="checkbox"/> colérique <input type="checkbox"/> crise d'angoisse <input type="checkbox"/> crise clastique <input type="checkbox"/> délirant <input type="checkbox"/> bris d'objet <input type="checkbox"/> réaction à la frustration (précisez)	
SEXUALITÉ	<input type="checkbox"/> acte sexuel <input type="checkbox"/> contraception <u>COMPORTEMENTS PARTICULIERS :</u> <input type="checkbox"/> activité masturbatoire <input type="checkbox"/> exhibitionniste <input type="checkbox"/> capable d'agression sexuelle (précisez)	

<p>PAROLE ET COMMUNICATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> normale</li> <li><input type="checkbox"/> utilise quelques mots</li> <li><input type="checkbox"/> utilise un code</li> <li><input type="checkbox"/> utilise un support (précisez colonne de droite)</li> <li><input type="checkbox"/> langue des signes</li> <li><input type="checkbox"/> sait lire</li> <li><input type="checkbox"/> sait écrire à la main</li> <li><input type="checkbox"/> sait écrire sur clavier</li> <li><input type="checkbox"/> sait compter jusqu'à :.....</li> <li><input type="checkbox"/> sait dire oui</li> <li><input type="checkbox"/> sait dire non</li> <li><input type="checkbox"/> sait comment exprimer une demande (précisez)</li> <li><input type="checkbox"/> sait comment exprimer une frustration (précisez)</li> <li><input type="checkbox"/> sait utiliser un téléphone</li> <li><input type="checkbox"/> sait utiliser un ordinateur</li> </ul> <p><u>COMPORTEMENTS PARTICULIERS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> mutique</li> <li><input type="checkbox"/> cris</li> <li><input type="checkbox"/> autre (précisez colonne de droite)</li> <li><input type="checkbox"/> commande à distance vocale (précisez : synthèse vocale, téléphone main libre, tourne page, pupitre, autre).</li> </ul>	
<p>MÉMOIRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> reconnaît les personnes</li> <li><input type="checkbox"/> reconnaît les lieux</li> <li><input type="checkbox"/> ne fixe aucun fait</li> </ul>	
<p>COMPRÉHENSION</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> bonne</li> <li><input type="checkbox"/> assez bonne</li> <li><input type="checkbox"/> comprend une consigne verbale</li> <li><input type="checkbox"/> comprend une consigne accompagnée de geste</li> <li><input type="checkbox"/> comprend plusieurs consignes</li> <li><input type="checkbox"/> ne semble pas comprendre les consignes</li> </ul>	
<p>DOULEUR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> sait exprimer un état douloureux (précisez par quel moyen)</li> <li><input type="checkbox"/> sait exprimer l'apaisement (précisez par quel moyen)</li> </ul>	

	<input type="checkbox"/> nécessite des traitements paramédicaux (précisez lesquels)	
ARGENT	<input type="checkbox"/> ne connaît pas la valeur de l'argent <input type="checkbox"/> connaît la valeur de l'argent <input type="checkbox"/> sait compter <input type="checkbox"/> gère seul(e) son argent <input type="checkbox"/> a besoin d'aide	
ACTIVITÉS	<input type="checkbox"/> sait s'occuper seul <input type="checkbox"/> apprécie les activités manuelles <input type="checkbox"/> apprécie les activités d'expression <input type="checkbox"/> apprécie les livres <input type="checkbox"/> apprécie la musique <input type="checkbox"/> apprécie le cinéma <input type="checkbox"/> apprécie les jeux de société <input type="checkbox"/> apprécie les sorties <input type="checkbox"/> s'intéresse à l'information <input type="checkbox"/> lit le journal <input type="checkbox"/> choisit des programmes de télévision <input type="checkbox"/> apprécie le sport (précisez l'activité) <input type="checkbox"/> apprécie l'eau <input type="checkbox"/> sait nager <input type="checkbox"/> part en vacances avec des organismes spécialisés <input type="checkbox"/> autres (précisez colonne de droite)	
RELATIONS AVEC LA FAMILLE	<input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> absente <input type="checkbox"/> visite régulière <input type="checkbox"/> visite ponctuelle <input type="checkbox"/> autres renseignements utiles (précisez)	
RELATIONS AVEC AUTRUI	<u>CAPACITÉ D'INSERTION DANS UN GROUPE :</u> <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> limitée <input type="checkbox"/> fluctuante <input type="checkbox"/> très difficile	

	<p><u>RELATION AVEC LES PROFESSIONNELS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> bonne</li> <li><input type="checkbox"/> difficile</li> <li><input type="checkbox"/> fluctuante</li> <li><input type="checkbox"/> très difficile</li> </ul> <p><u>RELATION AVEC LES AUTRES RÉSIDENTS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> bonne</li> <li><input type="checkbox"/> difficile</li> <li><input type="checkbox"/> très difficile</li> <li><input type="checkbox"/> inexistante</li> </ul> <p><u>MAITRISE DE SON COMPORTEMENT (verbal ou physique) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> bonne</li> <li><input type="checkbox"/> difficile occasionnellement</li> <li><input type="checkbox"/> très difficile</li> </ul> <p><u>COMPORTEMENTS PARTICULIERS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> repli</li> <li><input type="checkbox"/> refus de relation</li> <li><input type="checkbox"/> harcèlement, intrusion</li> </ul>	
<p>TYPES DE SOINS DISPENSÉS ET FRÉQUENCE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> psychothérapie (précisez la fréquence)</li> <li><input type="checkbox"/> psychomotricité (précisez la fréquence)</li> <li><input type="checkbox"/> ergothérapie (précisez la fréquence)</li> <li><input type="checkbox"/> orthophonie (précisez la fréquence)</li> <li><input type="checkbox"/> kinésithérapie (précisez la fréquence)</li> <li><input type="checkbox"/> apprécie les jeux de société</li> <li><input type="checkbox"/> autres (précisez dans la colonne de droite)</li> </ul> <p><u>DISPOSITIONS PARTICULIÈRES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> recours à la chambre d'isolement</li> <li><input type="checkbox"/> chambre d'isolement fermée à clé la nuit</li> <li><input type="checkbox"/> autres (précisez colonne de droite)</li> </ul>	