FOR01/DUU
Créé le 22/01/2024 T. MILANI
MAJ 08/11/2024 C. DUNEUFGERMAIN

DOSSIER DE PREADMISSION

Volet administratif et social

SAMSAH
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

Vous avez fait une demande d'orientation SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) auprès de la MDPH qui vous a adressé une notification d'orientation vers notre service.

Avant d'intégrer le service SAMSAH, plusieurs étapes :

- Le dossier administratif, ci-joint, doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez nous contacter ou contacter la personne que vous avez sollicitée pour remplir votre demande d'orientation SAMSAH.

- Le dossier médical doit être rempli par votre médecin et mis sous pli confidentiel.

- Le **dossier complet** (administratif + médical) **doit être envoyé** sous deux mois maximum **au secrétariat du service à l'adresse suivante** :

SAMSAH
113 chemin des fêtes
47350 ESCASSEFORT

- Un accusé de réception vous sera transmis.

- Votre demande sera étudiée en commission.

- Le SAMSAH prendra contact avec vous afin d'organiser votre accompagnement.

Mail : samsah@solincite.org

DOSSIER ADMINISTRATIF et SOCIAL
SAMSAH

Antenne d'Agen :
9 rue Rigoulet – 47550 BOE
Tél. : 05 40 40 50 13

Antenne de Marmande :
113 chemin des fêtes – 47350 ESCASSEFORT
Tél. : 05 53 20 34 29

Antenne de Villeneuve Sur Lot :
2 rue Albert CAMUS – 47300 VILLENEUVE SUR LOT
Tél. : 05 53 41 59 93

ETAT CIVIL

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : ……

Nom d'usage *(si différent):* ……

Prénom : ……

Date de naissance : ……

Commune de naissance : .....……. …… Code postal : ……... Pays :…….

Situation familiale : *(cocher la case correspondante)*

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage

☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf/veuve

Nombre d'enfants : ……. Nombre d'enfants à charge : ……

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Avez-vous une couverture sociale ? : *(cocher la case correspondante)*

☐ CPAM
☐ MSA
☐ NON

Avez-vous une complémentaire santé ? : *(cocher la case correspondante)*

☐ OUI
☐ NON
☐ CSS

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? : *(cocher la case correspondante)*

☐ Oui ☐ Non ☐ En cours d'évaluation ☐ Ne sais pas

Nom du service de tutelle : ……

Nom du tuteur ou du curateur : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : ..... Mail :……

Lien de parenté avec la personne protégée : .....

LIEU DE RESIDENCE

- Vous résidez actuellement *(cocher la ou les case(s) correspondante(s))*:

☐ Domicile personnel : ☐ Seul Avec : ☐ conjoint
☐ enfant(s)
☐ parent(s)
☐ autre

☐ Hébergé(e) au domicile familial : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre

☐ Etablissement : Nom : …….
Depuis le : ……..

☐ Autre (ex : hôtel, famille d'accueil…)……..

- Adresse du lieu de résidence

Adresse : …….

Complément d'adresse : …….

Commune : ……..Code postal : …….

N° téléphone(s) : ……

Mail : ……..

PERSONNE(S) A CONTACTER

Liens (parents, tuteurs…) : …….

Nom : ……. Prénom : …….

Adresse : ……Code Postal :……Ville :…….

Téléphone : …… Mail : …….

Liens (parents, tuteurs…) : …….

Nom : ……. Prénom : …….

Adresse : ……Code Postal :……Ville :…….

Téléphone : …… Mail : …….

SITUATION ACTUELLE

- **Accompagnement**

☐ Accompagné par un service ou établissement médico-social, lequel : ……
…….....
……

☐ Accompagné par un service hospitalier :

☐ CMP ☐ Hôpital de jour ☐ Equipe mobile ☐ Autre : ……

☐ Accompagné par des professionnels libéraux,
lesquels :……
……

☐ Autre, à préciser :
……
……

☐ Sans accompagnement

- **Situation professionnelle**

☐ En emploi
☐ En formation
☐ Sans activité
☐ Retraité
☐ Autre ……..

Accompagné par :…….

Commentaire : …….

Adresse du lieu de travail et/ou de formation : ……
……
……
……

PARCOURS

Cette partie du dossier nous permettra de mieux vous connaître et nous aidera à mieux évaluer vos besoins. Elle concerne votre parcours.

Scolarité *(classes, arrêt de la scolarité, diplômes…)* .....

.....

.....

.....

.....

Expérience professionnelle *(stages, emploi, formations…)* .....

.....

.....

.....

.....

Intervenants/organismes extérieurs *(qui vous accompagnent ou vous ont accompagné)* .....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (OPTIONNEL)

Vous pouvez apporter des précisions à votre parcours si vous estimez que certaines informations sont importantes et/ou si vous souhaitez nous en faire part. Il peut s'agir de faits de votre histoire familiale,enfance, évènements personnels, etc.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROJET DE VIE, MES BESOINS, MES ATTENTES

MA SITUATION

ACTIVITES POUR LESQUELLES J'AI BESOIN D'UN SOUTIEN

J'ai besoin d'un soutien pour me déplacer :

- ☐ **A l'intérieur de mon domicile en raison de :**
  - Logement non adapté (escaliers, étages, mobilier, équipement…) : ……
  - Risques de Chutes : ……
  - Autres : ……
    ……
- ☐ **A l'extérieur de mon domicile :**
  - A pied
  - Conduire un véhicule
  - Utiliser / réserver les transports en commun
  - Me repérer
  - Autre : ……

J'ai besoin d'un soutien dans ma vie quotidienne pour :

- ☐ Entretenir mon logement (Ménage – Lessive – Poubelles…)
- ☐ Entretenir mon linge (lessive – étendoir)
- ☐ Avoir une hygiène corporelle (Prendre une douche / Bain – Brossage des dents…)
- ☐ Avoir des vêtements adaptés en fonction de la météo et de mon activité
- ☐ Faire mes courses (Alimentation – Divers…)
- ☐ Me déplacer
- ☐ Porter mes courses
- ☐ Faire mes achats (faire une liste, choix des produits…)
- ☐ Préparer mes repas / porter – soulever les repas
- ☐ Avoir une alimentation mieux équilibrée
- ☐ Gérer mon argent et mon budget
- ☐ M'occuper de mes démarches administratives (Loyer – Téléphone – Assurances …)
- ☐ Ne pas oublier mes RDV
- ☐ Autre : ……

J'ai besoin d'un soutien pour prendre soin de ma santé pour :

- ☐ M'aider à avoir un suivi médical régulier
- ☐ M'aider à gérer mon traitement
- ☐ M'aider à connaître et comprendre ma maladie
- ☐ M'aider à gérer et vivre avec ma maladie

J'ai besoin d'un soutien dans mes relations avec les autres pour :

- ☐ Apprendre à bien communiquer
- ☐ Apprendre à me protéger
- ☐ Arriver à gérer mon stress et/ou mon angoisse
- ☐ Autre : ……

J'ai besoin d'un soutien dans mon projet de vie Sociale et Professionnelle pour :

- ☐ Participer à des activités : de loisirs, culturelles, sportives, bénévolats, vacances
- ☐ Une remise à niveau de mes connaissances générales
- ☐ Faire une formation ou une évaluation de mes compétences
- ☐ Trouver un emploi

Ce que je sais faire :

- ☐ Ecrire
- ☐ Lire
- ☐ M'orienter dans le temps
- ☐ M'orienter dans l'espace
- ☐ Comprendre des consignes
- ☐ Prendre des décisions

Si je suis face à un danger, je sais alerter ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

Avez-vous en projet de vivre dans un logement autonome ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

Précision : .....

AUTONOMIE

Comment évaluez-vous votre autonomie dans les domaines suivants ?

	Autonome	Aide existante	Besoin d'aide	Commentaires
Logement (entretien, aménagement…)	☐	☐	☐	
Alimentation/cuisine	☐	☐	☐	
Administratif	☐	☐	☐	
Gestion budgétaire	☐	☐	☐	
Santé	☐	☐	☐	
Hygiène	☐	☐	☐	
Déplacements/transports	☐	☐	☐	
Temps libre	☐	☐	☐	

Bénéficiez-vous déjà d'une aide dans la gestion de votre quotidien ?

☐ Non

☐ Oui, laquelle : ……

POURQUOI LE SAMSAH

Pourquoi faites-vous une demande d'accompagnement par le SAMSAH ?

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires, questions éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait, le .....

Signature de la personne concernée / Nom : .....

Signature de la personne ayant rempli ou aidé à remplir le dossier / Nom : .....

DOSSIER SAMSAH
VOLET MEDICAL

CONFIDENTIEL
A remplir par un médecin

Identité de la personne

Nom / Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Adresse : .....
……...

Médecin référent

Nom : .....

Adresse : .....
.....

Téléphone : ..... E-mail : .....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Origine médicale du handicap motivant la demande d'accompagnement (date, descriptif des troubles...) :

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

PARCOURS DE SOINS

Antécédents :

☐ Médicaux .....
……
……

☐ Chirurgicaux .....
……
……

☐ Allergies (préciser lesquelles) .....
……
……

☐ Autres .....
……
……

Traitement actuel :

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

Etablissements sanitaires ou médico-sociaux dans lesquels vous avez séjourné

Nom de l'établissement	Ville	Date d'entrée	Date de sortie

Suivi médical

Médecins	Noms	Adresse	Téléphone / Mail
Médecin traitant			
Psychiatre			
Ophtalmologue			
ORL			
Médecin rééducateur			
Dentiste			
Autres spécialistes :			

Suivi paramédicaux

Thérapeutes	Noms	Adresse	Téléphone / Mail
Infirmier			
Kinésithérapeute			
Psychologue			
Orthophoniste			
Ergothérapeute			
Autres			

Pathologies associées au diagnostic principal : (à préciser)

☐ Pathologies chroniques:

- Cardio-vasculaires : …….....
  ……
  …….....
- Pulmonaires : ……..
  ……
  ……
- Digestives, métaboliques, endocriniennes: …….....
  ……
  ……
- Urogénitale : ……...
  ……
  …….....

- Neurologiques, neurodégénératives : ……
  ……
  ……
- Psychiques : ……
  ……
  ……
- Autres : …….....
  ……
  ……

☐ Troubles de l'équilibre : .....

☐ Troubles visuels : .....

☐ Troubles auditifs : .....

☐ Troubles de la mémoire : .....

☐ Trouble du langage : .....

☐ Troubles du comportement : .....

☐ Incontinence : (diurne, nocturne) .....

☐ Conduites addictives : ☐ alcool ☐ tabac ☐ stupéfiants ☐ médicaments

☐ Douleurs : ……....

☐ Autre : ……

Fait, le .....

Signature et tampon du médecin