

## Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap

### INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

#### 1. Rédacteur du dossier

*Mes coordonnées et/ou celles de l'aidant peuvent être saisies plus loin*

Personne qui renseigne le dossier \*  Moi-même  Un aidant

Précisions sur la personne qui renseigne le dossier :

*Ex : Je suis la sœur de la personne concernée par la demande*

#### 2. Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Numéro individu présent sur la décision d'orientation : .....

Sexe \*  Homme  Femme  Autre  Inconnu

Nom de naissance \* : .....

Nom d'époux(se) ou d'usage \* : .....

Prénoms \* : .....

Date de naissance (ex : 25/12/2012) \* : .....

Lieu de naissance :

Né(e) en France Commune de naissance : .....

Né(e) à l'étranger Pays de naissance : .....

Information non connue

Organisme d'assurance maladie (Ex : CPAM, MSA, ...) : .....

Numéro de sécurité sociale de l'enfant ou de l'adulte concerné : .....

Numéro de sécurité sociale du parent sur lequel est rattaché l'enfant (Si applicable) :

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

## Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap

### 3. Domicile de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Adresse \* : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal - Ville \* : .....

#### En cas de domiciliation par un organisme

*Si j'ai élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action social), je précise son nom et son adresse*

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

### 4. Contacts

Personne à contacter \*

Moi-même  Parent 1  Parent 2  Représentants légaux  Autre aidant

Mon téléphone : .....

Mon téléphone 2 : .....

Mon adresse mail : .....

#### Parents

##### Parent 1

Autorité parentale :  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal – Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

##### Parent 2

Autorité parentale :  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal – Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

## Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap

### Représentants légaux

Représentant légal :  Oui  Non

#### Si oui,

Type de mesure (*tutelle, curatelle, curatelle renforcée, sauvegarde de justice, habilitation familiale, Mesure d'Accompagnement Social Personnalisée*) :

.....  
Mesure effective :  Oui  Non

Date de mise en place : .....

Nom du représentant légal ou de l'organisme de tutelle : .....

Adresse : .....

Code postal – Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

### Autre aidant

Ce contact est :  Un proche aidant  
 La personne de confiance choisie par la personne concernée

Lien de parenté : .....

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal – Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

## Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap

### PARCOURS PERSONNEL

#### 1. Ma situation familiale

*J'indique ici les conséquences de mon admission ou celle de mon enfant en situation de handicap dans un ESMS sur l'organisation de ma vie quotidienne et celle de ma famille.*

Ma situation familiale :  Je suis célibataire  Je vis seul(e)

Je suis marié(e) / pacsé(e)  Je vis avec mes parents

Je suis veuf(ve)

Précisions sur ma situation familiale :

*Ex : Je veux garder un lien avec ma fratrie ; Je vis avec mes deux parents qui travaillent tous les deux ; je suis célibataire et je vis avec mon enfant.*

.....

.....

.....

#### 2. Mes activités et loisirs

*Je peux indiquer tout ce qui m'intéresse en termes d'activités et loisirs et/ou toute précision qui me paraît nécessaire.*

Précisions sur mes activités et loisirs :

*Ex : Je pratique de la danse et je joue du piano. J'aime faire des balades dans la nature. J'aime lire et dessiner.*

.....

.....

.....

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

## Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap

### 3. Mes derniers Etablissements ou Services Médico-Sociaux (ESMS) fréquentés

*L'établissement ou le service médico-social (ESMS) a besoin de connaître les autres ESMS que j'ai fréquentés afin de comprendre mon parcours et de les contacter si besoin.*

Êtes-vous actuellement accompagné par un établissement ou un service médico-social (ESMS) ou l'avez-vous été par le passé ? \*  Oui  Non

**Si oui,**

Précisions sur les derniers établissements ou services médico-sociaux (ESMS) fréquentés :

*Ex : Mon enfant a été accompagné par le SESSAD Les Lilas pendant 3 ans. Notre contact privilégié était madame/monsieur nom, prénom dont le numéro de téléphone est le 06 xx xx xx xx et dont l'adresse mail est nom.prenom@sessad.com*

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

### 4. Ma scolarité actuelle

*Je renseigne cette partie si ma demande concerne ma scolarité / ma vie étudiante ou celle de mon enfant.*

Je suis concerné(e) \*  Oui  Non

**Si oui,**

Scolarité actuelle :

*(Instruction en famille, jamais scolarisé, non scolarisé actuellement, maternelle, élémentaire, collège, lycée général et technologie, CAP, baccalauréat en lycée professionnel, Etudes supérieures)*

.....

Mon enfant bénéficie du soutien d'une ULIS  Oui  Non

Mon enfant bénéficie du soutien d'un DAR (dispositif d'autorégulation)  Oui  Non

Mon enfant bénéficie du soutien d'une AESH  Oui  Non

Précisions sur le parcours scolaire :

*Ex : Mon enfant a été scolarisé en CP et CE1 avec l'accompagnement d'une AESH à titre individuel sur l'ensemble de son temps de scolarisation dans l'attente d'une place en IME ; Mon enfant a été scolarisé en 6e et en 5e en classe ULIS et il entre en 4e et bénéficie aujourd'hui de l'accompagnement d'un SESSAD ; Je suis en 2ème année de licence de mathématique.*

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

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

## Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap

### 5. Ma situation professionnelle

Je renseigne cette partie si ma demande concerne mon projet professionnel. Je peux indiquer ici si je suis employé, et le cas échéant, le type de mon emploi (en milieu ordinaire/protégé, en entreprise adaptée), etc.

Je suis concerné(e) \*  Oui  Non

#### Si oui,

Situation professionnelle actuelle :

<input type="checkbox"/> J'ai un emploi en milieu ordinaire	<input type="checkbox"/> J'ai un emploi en entreprise adaptée
<input type="checkbox"/> J'ai un emploi en milieu protégé (ESAT)	<input type="checkbox"/> Je suis en apprentissage
<input type="checkbox"/> Je suis en formation continue	<input type="checkbox"/> Je suis en arrêt de travail
<input type="checkbox"/> Je ne travaille pas	

Je travaille actuellement et mon temps de travail est à  Temps plein  Temps partiel

Je ne travaille pas actuellement et je suis inscrit à France travail  Oui  Non

Précisions sur ma situation professionnelle :

Ex1 : Je bénéficie d'aménagements de mon poste de travail : j'ai un siège ergonomique et un synthétiseur vocal

Ex2 : Je suis en arrêt de travail à la suite d'un accident du travail (ou une maladie professionnelle) et ce jusqu'à la fin du mois d'octobre 20xx.

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

### 6. Mon parcours de soins

Je suis concerné(e) \*  Oui  Non

#### Médecin traitant

J'autorise les ESMS à contacter le médecin traitant  Oui  Non

Coordonnées du médecin traitant : .....

.....

#### Médecins spécialistes

Je suis suivi par un ou plusieurs médecins spécialistes  Oui  Non

J'autorise les ESMS à contacter le ou les médecin(s) spécialiste(s)  Oui  Non

Coordonnées des médecins spécialistes : .....

.....

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

## Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap

### Antécédents médicaux et hospitaliers

Je renseigne ici mes antécédents médicaux, mes séjours récents à l'hôpital ainsi que tout autre élément de mon parcours de soins à prendre en compte en vue de mon admission dans un établissement ou service médico-social (ESMS).

Mes antécédents :  J'ai été hospitalisé  J'ai un traitement quotidien  
 Je souffre de maladie chronique

Précisions sur mes antécédents médicaux et hospitaliers :

Ex : j'ai eu un état de mal épileptique ayant nécessité une hospitalisation en 2023 ; je suis atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques : je suis diabétique avec une surcharge pondérale et j'ai une hypertension ; une infirmière libérale passe à mon domicile 2 fois par semaine.

.....

.....

.....

### 7. Mes attentes

Je renseigne ici mes attentes vis-à-vis de l'établissement ou service médico-social (ESMS).

Description de mes attentes :

Ex : je souhaite que ma famille puisse me rendre visite chaque week-end ; je souhaite retourner chez ma famille pendant les vacances ; je souhaite garder mon animal de compagnie (chien, chat, etc.) lors de mon admission en ESMS.

.....

.....

.....

### 8. Autres informations utiles

Je renseigne ici toute autre information utile à mon futur accueil par un établissement ou service médico-social (ESMS).

Je suis concerné(e) \*  Oui  Non

Description des informations utiles à mon accueil :

Ex : mes parents travaillent à temps plein et ne pourront ni m'emmener ni venir me chercher à l'ESMS.

.....

.....

.....

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

## Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap

### AUTONOMIE ET VIE QUOTIDIENNE

Décrivez vos besoins et vos difficultés \*

- Je n'ai ni besoin ni difficulté concernant mon autonomie et ma vie quotidienne
- J'ai des besoins et des difficultés concernant mon autonomie et ma vie quotidienne et je les précise ci-dessous

*Je peux indiquer toute aide dont j'ai besoin et/ou toute précision qui me paraît nécessaire.*

#### 1. Soins personnels

J'ai besoin d'aide pour :

<input type="checkbox"/> Me laver	<input type="checkbox"/> Assurer mon hygiène urinaire et fécale
<input type="checkbox"/> M'habiller	<input type="checkbox"/> Gérer mon traitement (médicamenteux ou autre)

Précisions sur mes soins personnels :

*Ex : J'ai besoin d'aide pour me laver les cheveux, j'ai besoin d'être soulevé pour aller aux toilettes, etc.*

.....

.....

.....

#### 2. Vie courante/domestique

J'ai besoin d'aide pour :

<input type="checkbox"/> Faire mes courses	<input type="checkbox"/> Faire le ménage
<input type="checkbox"/> Préparer mes repas	<input type="checkbox"/> Manger, boire
<input type="checkbox"/> Gérer mon budget / mes tâches administratives	<input type="checkbox"/> Entretenir mon linge

Précisions sur la vie courante / domestique :

*Ex. Je me fais accompagner par une auxiliaire de vie pour faire mes courses tous les samedis.*

.....

.....

.....

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

## Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap

---

### 3. Mobilité

J'ai besoin d'aide pour :

Me déplacer à l'intérieur  Me déplacer à l'extérieur

Utiliser les transports en commun  Moniteur et/ou descendre les escaliers

Les transferts (du lit vers un fauteuil, douche, WC...)

Précisions sur la mobilité :

*Ex. : J'ai besoin d'aide pour prendre le métro 3 tous les jours à 9h afin de me rendre à l'ESAT Jean Moulin et à 16h30 afin de rentrer chez moi ; J'ai besoin d'aide pour me déplacer en fauteuil roulant.*

---

---

---

### 4. Besoins pour la vie sociale

J'ai besoin d'aide pour :

Résoudre des problèmes simples  Assurer ma sécurité

Participer à des activités (culturelles, sportives, sorties...)  Respecter les règles de vie

Précisions sur mes besoins pour la vie sociale :

*Ex. J'ai besoin d'aide pour planifier mes activités dans des lieux différents.*

---

---

---

## **Dossier Unique d'Admission en établissement ou service médico-social pour personne en situation de Handicap**

---

### **5. Matériel ou équipement**

J'utilise un ou plusieurs équipements :

<input type="checkbox"/> Une canne / un déambulateur	<input type="checkbox"/> Un appareil d'oxygénothérapie
<input type="checkbox"/> Un fauteuil roulant manuel ou électrique	<input type="checkbox"/> Un appareil auditif / des lunettes
<input type="checkbox"/> Un lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Une orthèse / une prothèse

Précisions sur mon matériel ou équipement :

*Ex. : J'utilise un fauteuil roulant manuel, j'utilise un déambulateur/cadre de marche, je porte une prothèse/orthèse, etc.*

---

---

---

### **6. Proches aidants**

Précisions sur l'aide apportée à la personne en situation de handicap :

*Ex. : Mon père m'aide à m'habiller, une aide-soignante m'aide à me laver, etc.*

---

---

---

Attentes et besoins des aidants :

*Ex. : Mon proche aidant a besoin d'un matériel d'aide au transfert et à la marche (sangle de relevage, alèse de transfert et de retournement, etc.)*

---

---

---