

Demande d'admission

à la



Pour votre information

Ce formulaire est divisé en 3 parties. La première est destinée à la personne concernée et atteste son consentement sur l'utilisation de ces données ainsi que du consentement du représentant légal.

La deuxième partie est à remplir par la personne référente en collaboration avec la personne concernée. Les chapitres 8 à 14 forment les bases de l'indication exigée par la Direction de la Santé et des affaires sociale du canton de Fribourg.

La troisième partie est à remplir par le médecin traitant et renseigne sur la santé de la personne concernée.

Toutes ces parties doivent être dûment signées et datées par les personnes correspondantes, afin d'être transmises par nos soins à la cellule d'indication cantonale.

Ce formulaire peut être complété soit manuellement, soit en version informatique (téléchargeable sur notre site internet www.st-louis.ch, rubrique procédure d'accompagnement).

Dans tous les cas, il doit nous parvenir avant l'admission, soit par courrier
rue de Morat 65, 1700 Fribourg
ou en version électronique

info@st-louis.ch

Nous vous remercions de la confiance accordée à notre institution et restons disponible pour toutes questions éventuelles.

La Direction



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la prévoyance sociale SPS
Sozialvorsorgeamt SVA

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 68, F +41 26 305 29 54
www.fr.ch/sps

INDICATION

CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Les données qui seront récoltées au cours de cet entretien ne seront utilisées que dans le cadre des procédures d'évaluation des besoins et d'indication ainsi qu'à des fins statistiques. Elles permettront d'évaluer vos besoins afin de déterminer la ou les prestations les mieux adaptées.

Ces données seront également utilisées à des fins d'évaluation statistique après avoir rendu votre identité anonyme. Votre nom ne figurera dans aucun rapport.

Lorsque la ou les prestations seront mises en place, les données récoltées seront transférées au fournisseur de prestation.

Accord pour l'utilisation et le transfert des données :

Nom : _____ Prénom : _____

Lieu, date : _____ Signature : _____

Le cas échéant, signature du représentant légal : _____

Accord pour contacter votre réseau :

Afin de pouvoir procéder à cette indication au mieux et éventuellement compléter certaines informations, nous souhaiterions pouvoir contacter certains partenaires de votre réseau.

Par votre signature, vous nous autorisez à contacter ces personnes et à leur poser des questions relatives à votre situation personnelle et vous leur permettrez de répondre à nos questions.

Lieu, date : _____ Signature : _____

Le cas échéant, signature de représentant légal : _____

1. Données personnelles

Nom	
Prénom	
Rue et numéro	
NPA / Ville	
Téléphone	
Domicile légal	
Nationalité	
Permis de séjour	
Demande « lieu de vie »	Home sans occupation (FSL) Home avec occupation (Trait d'Union)
Date de naissance	
Sexe	Masculin Féminin
Langue	Français Allemand Autres :
Etat civil/ situation familiale	Célibataire Marié/e Divorcé/e Veuf Partenariat Enfants :
Religion (facultatif)	
Assurance RC (Nom et numéro)	

2. Partenaire réseau actuellement mobilisés
2.1 Représentant légal

Nom	
Prénom	
Service / commune	
Rue et numéro	
NPA / Ville	
Téléphone	
Email	
Curatelle	De portée générale De représentation De représentation pour la gestion du patrimoine De coopération D'accompagnement
Autres mesures	

2.2 Famille / Autre contact 1

Nom	
Prénom	
Rue et numéro	
NPA / Ville	
Téléphone	
Email	
Curatelle	De portée générale De représentation De représentation pour la gestion du patrimoine De coopération D'accompagnement
Autres mesures	

2.3 Famille / Autre contact 2	
Nom	
Prénom	
Rue et numéro	
NPA / Ville	
Téléphone	
Email	
Curatelle	De portée générale De représentation De représentation pour la gestion du patrimoine De coopération D'accompagnement
Autres mesures	

3. Santé actuelle	
Handicap principal	
Handicap associatif	
Spécificités (noter les éléments permettant une meilleure identification des difficultés de la personne (ex : trisomie21, autisme, schizophrénie, surdité, c�civit�, etc...))	
Moyen auxiliaires (chaise roulante, déambulateur, canne, appareil acoustique, etc...)	
Soin médicaux spécifiques (noter les besoins liés à la santé qui nécessitent une prise en charge spécifique (ex : sonde gastrique, assistance respiratoire, substitution en cas d'addiction, etc...))	
Caisse maladie Nom Numéro d'assuré Type Système de médecin de famille Autre système d'assurance	Commune Demi privé Privé Oui Non
Médecin généraliste	
Médecin psychiatre	
Autres médecin traitant	
Autres remarques	

4. Situation financière

Rente AI	Oui Depuis :	Non	Demande en cours	
Allocation impotence	Oui	Non		
Autres mesures de l'AI				
Argent de poche à distribuer par le foyer	Oui	Non		
Montant	Fr	Par semaine	Par jour	par mois

Compte bancaire au nom de	
Nom et Adresse de la banque	
N° de compte (IBAN)	
Autres	

4.1 Garantie financière

Les frais de pensions sont garantis par :

Touchez-vous des prestations complémentaires ? Oui Non Demande en cours

Le prix journalier de pension est de Fr. 131.- par jour pour les citoyens fribourgeois au bénéfice des prestations complémentaire ; Fr. 140.- si en attente d'une décision de Prestations complémentaires. Pour les personnes hors canton et les placements judiciaires le prix journalier est fixé par la Direction de la santé et les affaires sociales et sera communiqué ultérieurement.

Les frais à prévoir s'ajoutant au prix de pension sont les suivants :

- Nettoyage chimique (vêtements)
- Participation aux frais du télésexeau (Fr 11.- par mois)
- Participation vacances (camps)
- Argent de poche
- Dépenses urgentes et imprévisibles
- Vêtements et articles de première nécessité

5. Trajectoire de vie

Dernière formation achevée	
Type et niveau de formation	
Stage réalisés	
Activité actuelle/en cours	
Parcours institutionnel (dates, type de prestation, nom du fournisseur de prestations, lieu, durée, motif de sortie)	
Parcours ambulatoire	
Loisirs	
Divers	

6. Attente de la personne
6.1 Prestation institutionnelle

Lieu de vie	Foyer principal Trait d'Union
Travail /Occupation	
Divers	

7. Attente des partenaires réseau

Représentant légal	
Personnes ressources	
Famille	
Autres	

7.1 Prestation institutionnelle

Lieu de vie	Foyer principal Trait d'Union
Travail /Occupation	
Divers	

Les chapitres 8 à 14 ci-après forment les bases de l'indication exigée par la Direction de la Santé et des affaires sociale du canton de Fribourg. Afin de vous aider à les compléter, merci de vous référer aux indicateurs ci-dessous.

Indicateurs

1. *Sans aide :*

La personne réalise seule, sans aide technique, sans aménagement, et sans aide humaine. Dans cette situation, les autres cases ne peuvent pas être cochées.

2. *Aide technique :*

Tout soutien (non humain) pour aider à la réalisation des habitudes de vie de la personne tel qu'un fauteuil roulant, une aide visuelle, un appareil auditif, un siège de bain, des médicaments ou tout autre accessoire. Généralement la personne peut les emmener avec elle.

3. *Aménagement :*

Toutes modification de l'environnement ou de la tâche de la personne pour faciliter la réalisation de ses habitudes de vie tels qu'une rampe d'accès, une porte élargie, une modification d'éclairage, un aménagement de la tâche, une modification de l'habitude de vie ou du temps de réalisation (disposer de plus de temps pour réaliser une habitude de vie). Généralement, dans le cas des aménagements physiques, la personne ne peut pas les emmener avec elle.

4. *Aide humaine partielle :*

Cette aide comprend les incitations verbales, les encouragements et/ou la supervision (surveillance). Elle est apportée par toute personne aidant à la réalisation des habitudes de vie de la personne tels que des proches, des amis ou des intervenants et doit être nécessaire en raison des « incapacités de la personne » ou des « obstacles de l'environnement ».

5. *Aide humaine soutenue :*

Cette aide comprend la guidance verbale, l'aide physique et/ou la suppléance. Elle est apportée par toute personne aidant à la réalisation des habitudes de vie de la personne tels que des proches, des amis ou des intervenants et doit être nécessaire en raison des « incapacités de la personne » ou des « obstacles de l'environnement ».

6. *Ne s'applique pas :*

L'habitude de vie ne fait pas partie de la réalité quotidienne de la personne, soit 1) parce que cette activité ne s'est pas encore présentée ou que la personne n'a pas besoin de la réaliser (prendre l'avion, planifier un déménagement, utiliser le transport en commun) ; 2) en raison de l'âge ou du sexe (planifier un budget pour un enfant)

8. Compétences générales

	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide Humaine partielle	Aide humaine soutenue	Ne s'applique pas
Acquérir des connaissances						
Prendre des initiatives						
Prendre des décisions						
Faire des choix						
S'orienter dans l'espace						
Se repérer dans le temps						
Gérer les stressseurs						
Être conscient des dangers						
Maîtriser ses comportements envers soi-même et les autres						

Remarque	
-----------------	--

9. Communication

	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide Humaine partielle	Aide humaine soutenue	Ne s'applique pas
Ecoute, soutenir son attention						
Comprendre						
S'exprimer						
Lire et écrire						
Utiliser les moyens de communication						
Demander de l'aide						
Retenir les éléments communiqués, les décisions prises						

Remarque	
-----------------	--

10. Vie quotidienne (en principe ne s'applique pas dans les ateliers)

	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine partielle	Aide humaine soutenue	Ne s'applique pas
Gérer le sommeil						
Se lever, se coucher (mécanique)						
Se rendre aux toilettes						
Prendre soin de son corps						
S'habiller, se déshabiller adéquatement						
Se nourrir / boire						
Préparer un repas						
Faire des commissions						
Entretenir un ménage (lessive)						
Gérer ses émotions						

Remarque	
----------	--

11. Intégration professionnelle

	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine partielle	Aide humaine soutenue	Ne s'applique pas
Assumer une activité professionnelle						
Etre constant dans le travail						
Manipuler un objet avec ses mains						
Rester debout/assis pendant un certain temps						
Soulever et porter des charges						
Respecter le cadre de travail (horaires, etc...)						
Reproduire des consignes						

Remarque	
----------	--

12. Participation à la vie sociale

	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine partielle	Aide humaine soutenue	Ne s'applique pas
Créer des liens, entretenir une relation sociale						
Rejoindre un groupe						
Participer à la vie sociale						
Utiliser les services et infrastructures publiques						
Gérer son temps libre						
Respecter les règles usuelles en société						
Gérer les liens avec la famille						

Comportement face à l'autorité	
--------------------------------	--

Remarque	
----------	--

13. Santé

	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine partielle	Aide humaine soutenue	Ne s'applique pas
Maintenir une hygiène de vie						
Gérer son traitement médical						
Répondre à ses besoins spécifiques						

Comportement face à la sexualité	
----------------------------------	--

Remarque	
----------	--

14. Démarche administrative et citoyenne

	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine partielle	Aide humaine Soutenue	Ne s'applique pas
Gérer son budget	<input type="checkbox"/>					
Faire des démarches administratives	<input type="checkbox"/>					
Faire valoir ses droits	<input type="checkbox"/>					

Remarque	
-----------------	--

Lieu :

Date :

Signature du représentant :

Signature de la personne concernée :

Partie Médecin

15. Partie à remplir par le médecin traitant

15.1 Médecin traitant

Nom	
Prénom	
Rue et numéro	
NPA / Ville	
Téléphone	
Email	

15.2 Vécu institutionnel

Séjour en hôpital psychiatrique	Oui	Non
Si oui, à quel(s) endroit ?		

15.3 Autres informations

Diagnostic	
Allergie(s) éventuelle(s)	
Problématique	
Médication actuelle	
Date du dernier rendez-vous médical	

Lieu :

Date :

Signature :