## àla



## 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 canto nale.

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

Dans tous les cas, il doit nous par venir <u>avant</u> 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



Assurance RC (Nom et numéro)

## Demande d'admission

# 1. Données personnelles Nom Prénom Rue et numéro



#### 2. Partenaire réseau actuellement mobilisés

2.1 Représentant légal		
Nom		
Prénom		
Service / commune		
Rue et numéro		
NPA / Ville		
Téléphone		
Email		
Curatelle	<ul> <li>□ De portée générale</li> <li>□ De représentation</li> <li>□ De représentation pour la gestion du patrimoine</li> <li>□ De coopération</li> <li>□ D'accompagnement</li> </ul>	
Autres mesures		
2.2 Famille / Autre con	ntact 1	
Nom		
Prénom		
Rue et numéro		
NPA / Ville		
Téléphone		
Email		
Curatelle	☐ De portée générale ☐ Dereprésentation ☐ De représentation pour la gestion du patrimoine ☐ De coopération ☐ D'accompagnement ☐ D'accompagnement	ucune
Autres mesures		



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



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



4. Situation financière	
Rente Al	Oui Non Demande en cours Depuis :
Allocation impotence	U Oui Non
Autres mesures de l'Al	
Argent de poche à distribuer par le foyer	Oui Non
Montant	Fr Par semaine Parjour 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 complémen	taires ? 🔲 Oui 🔲 Non 🔲 Demande en co urs
complémentaire ; Fr. 140 si en attente d'une d canton et les placements judiciaires le prix jourr sera communiqué ultérieurement.  Les frais à prévoir s'ajoutant au prix de pens ion s  Nettoyage chimique (vêtements)  Participation aux frais du téléréseau (Fr  Participation vacances (camps)  Argent de poche	
<ul> <li>Participation aux frais du téléréseau (Fr</li> <li>Participation vacances (camps)</li> </ul>	



## 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 r	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						Ц	
Prendre des décisions						Щ	
Faire des choix						Н	
S'orienter dans l'espace			-	-		Ш	
Se repérer dans le temps			ш			ш	
Gérer les stresseurs	Щ			Щ-		4	
Être conscient des dangers		ш	ш			-	
Maîtriser ses comportements envers soi -même et les autres						ш	
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				<u> </u>			
Utiliser les moyens de communication							
Demander de l'aide				<u>_</u>  _ _		_Ь_	
Retenir les éléments communiqués, les décisions prises		الهالا	للها		للها		
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						
	1	<u> </u>		ı	l l	
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								
		I		1				
	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine partielle	Aide humaine Soutenue	Ne s'applique pas		
Gérer son budget Faire des démarches administratives								
Faire valoir ses droits								
rane valun ses uruns								
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: