



7 route de Vezin
35000 RENNES
Tél : 02 57 87 29 04
Fax : 02 99 36 68 12
contact@espoir35.fr
www.espoir35.fr



Photo d'Identité

Nom :

Prénom :

DOSSIER D'INSCRIPTION
**Service d'Accompagnement Médico-Social
pour Adultes Handicapés – SAMSAH**

Renseignements Administratifs et Sociaux

Destiné aux personnes en situation de handicap psychique

Cadre réservé au secrétariat

Dossier reçu le :

Dossier complet : OUI NON

Examen par la Commission d'Admission le :

Décision : REFUS ADMIS

Motif(s) :

LES CONDITIONS D'ADMISSION

Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

1.1. Les critères d'admission

- Etre âgé(e) de 18 ans minimum,
- être domicilié sur le territoire du Département de l'Ille et Vilaine,
- avoir une orientation administrative en cours de validité délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH),
- bénéficier d'un suivi psychiatrique par un médecin psychiatre du département de l'Ille-et-Vilaine,
- vivre dans un logement individuel ou chez un parent, en couple ou célibataire.

1.2. La procédure d'admission

Les pièces suivantes sont à joindre au dossier de candidature :

- certificat médical détaillé du médecin psychiatre (dossier confidentiel destiné au Médecin Territorial représentant le Conseil général à la Commission d'Admission),
- rapport socio-environnemental en cas de suivi par un autre service,
- notification de la décision d'orientation ou préconisation de la MDPH,
- carte nationale d'identité en cours de validité,
- carte d'invalidité en cours de validité,
- attestation allocation adulte handicapé et/ou pension d'invalidité,
- attestation de sécurité sociale en cours de validité,
- attestation de mutuelle en cours de validité,
- attestation d'allocataire à la Caisse d'Allocations Familiales d'Ille-et-Vilaine,
- attestation d'assurance en responsabilité civile et assurance habitation en cours de validité.

Deux entretiens de préadmission seront organisés :

- le premier aura lieu au sein de la plateforme du SAMSAH entre le candidat (accompagné si possible d'un Professionnel et d'un Aidant) et un membre de la Direction d'ESPOIR 35, qui lui présentera les missions de la Coopération, du Service et le dossier d'inscription.
- le deuxième se déroulera après réception du dossier d'inscription, au domicile du candidat en la présence, d'un membre de la Direction et d'un infirmier du SAMSAH.

La décision définitive appartient en dernier recours au gestionnaire, l'Association ESPOIR 35.

La Commission d'Admission sera composée : d'un Médecin Territorial, du Médecin Psychiatre du SAMSAH (dont l'avis favorable est nécessaire), du Président de l'Association ESPOIR 35 ou de son représentant, du Directeur et/ou du Cadre de Santé, d'un membre du Comité de Coopération.

A propos des mesures de protection judiciaire :

Dans l'hypothèse où le candidat est dans l'impossibilité de gérer seul son patrimoine mobilier et/ou immobilier ainsi que les démarches inhérentes à la vie quotidienne, une demande de mise sous protection judiciaire pourra être initiée.

Afin de répondre au mieux aux besoins d'assistance ou de représentations des personnes protégées, la loi du 5 mars 2007 propose différentes mesures de protection judiciaire et non judiciaire :

- La sauvegarde : mesure provisoire
- La curatelle simple: mesure d'assistance pour la réalisation d'actes de disposition
- La curatelle renforcée : mesure d'assistance, perception et gestion des revenus de la personne protégée
- La tutelle : mesure de représentation

La loi du 5 mars 2007 crée également deux mesures d'accompagnement :

- La Mesure d'Accompagnement Social Personnalisée (MASP) destinée aux personnes majeures touchant des prestations sociales et qui éprouvent des difficultés pour les gérer
- La Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ) prononcée par le Juge des Tutelles, elle est destinée aux personnes majeures ayant bénéficié d'une mesure d'accompagnement social personnalisée mais pour qui cette mesure n'a pas été suffisante.

FICHE D'IDENTIFICATION

NOM : PRENOM :

SEXE : DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

Tél : Port : Adresse e-mail :

Situation familiale :

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Parent isolé |
| <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve | |

* * * * *

* Carte Nationale d'Identité : (photocopie)

* Carte d'invalidité : (photocopie)

* Notification de la décision d'orientation SAMSAH : (photocopie)

Date de la notification : Date de fin d'orientation :

* N° de Sécurité Sociale (photocopie)

Centre

* Mutuelle - N° (photocopie)

Nom de l'organisme

Adresse

* N° C.A.F (photocopie)

Centre de

* Assurance responsabilité civile (photocopie)

(A renouveler tous les ans)

RESSOURCES

1- Allocation Adulte Handicapé

oui non Taux :% montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

1.1 - Majoration vie Autonome oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

Ou

1.2 - Complément de ressources oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

2- Pension d'Invalidité

oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

- Fonds Spécial d'invalidité oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

3- Aides financières pour rémunération tierce personne :

3.1- Allocation compensatrice oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

Ou

3.2- Prestation de compensation oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

Ou

3.3- Aide sociale au titre de l'aide-ménagère oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

MESURE DE PROTECTION

(* Cf détail des mesures de protection judiciaire en page 2)

Vous bénéficiez d'une :

MASP NIVEAU 1 MASP NIVEAU 2 MAJ

Nom et adresse du service chargé d'assurer cette mesure :

.....

.....

Représenté par Monsieur - Madame :

Tél. : Port :

E-mail :

Vous bénéficiez d'une mesure de protection juridique :

CURATELLE CURATELLE RENFORCEE TUTELLE

Cette mesure est assurée par un service (APASE/ATI/MAJEURS PROTEGES)

Ou un mandataire privé :

Nom et adresse :

.....

.....

Représenté par Monsieur - Madame :

Tél. : Port :

E-mail :

Cette mesure est assurée par un proche :

Monsieur - Madame :

Lien de parenté

Adresse :

.....

.....

Tél. : Port :

E-mail :

FAMILLE

Nom et prénom du Père :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Tél. : Port :

E-mail :

Nom et prénom de la Mère :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Tél. : Port :

E-mail :

Frères et sœurs :

-

-

-

-

Etes-vous soutenu(e) par l'un de vos proches (père, mère, frère, sœur, conjoint, concubin, amis ou autre ?)

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Tél. : Port :

E-mail :

SCOLARITE - FORMATION

Etudes :

.....

.....

.....

.....

Diplômes – Année d’obtention :

.....

.....

.....

.....

Qualification :

.....

Professions déjà exercées :

- Nombre d’années :

- Nombre d’années :

- Nombre d’années :

- Nombre d’années :

Permis de conduire : oui - non Catégorie

Année d’obtention : Préfecture :

LIEU DE VIE ACTUEL

Au domicile personnel :

Dans un appartement individuel

Au domicile des parents

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

Dans un établissement hospitalier :

Nom :

Adresse :

Tél : Service :

Suivi par

Nom du Médecin psychiatre :

Tél :

E-mail :

Autre structure d'accueil :

Nom :

Adresse :

Tél : Service :

Suivi par

Quelles sont les raisons qui vous incitent à présenter votre candidature ?

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

MON PROJET DE VIE, MES BESOINS, MES ATTENTES

MA SITUATION - ACTIVITES POUR LESQUELLES J'AI BESOIN D'UN SOUTIEN

J'ai besoin d'un soutien lors de mes déplacements pour :

- sortir de mon domicile
- utiliser les transports en commun
- conduire un véhicule
- effectuer des démarches administratives
- faire des courses en ville
- m'aider à respecter les horaires

Autre :

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

- avoir une hygiène corporelle régulière
- avoir des vêtements mieux entretenus et mieux adaptés au climat
- avoir une alimentation mieux équilibrée
- préparer mes repas
- entretenir mon logement
- apprendre à me protéger des abus de toutes sortes (abus de ma personne, vols, sectes....)
- gérer mon argent et répondre à mes obligations (assurances, impôts....)
- ne pas oublier de prendre mes médicaments
- m'aider à avoir un suivi médical régulier

Autre :

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

- affronter des situations et des relations génératrices de stress, d'angoisse, de fuite....
- participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports, aux cultes, etc...
- éviter une perte de contact avec ma famille, mes amis
- éviter la peur d'être mal jugé
- affronter le regard des autres et éviter le repli sur moi-même
- m'aider à reconnaître ma maladie

Autre :

J'ai besoin d'un soutien dans ma vie culturelle pour professionnelle

- Pour une remise à niveau de mes connaissances générales
- Pour une information sur les possibilités d'évaluation de mes compétences (y compris professionnelles)

Autre :

LES AIDES DE MON ENTOURAGE

| | Je ne reçois pas d'aide... | Je reçois de l'aide ... | | | |
|--|----------------------------|-------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------|
| | | Par ma famille | Par un(e) amie(e) | Par un travailleur social | Par une aide à domicile |
| Hygiène corporelle | | | | | |
| Préparation des repas | | | | | |
| Entretien du linge | | | | | |
| Entretien du logement | | | | | |
| Gestion de mon budget | | | | | |
| Accompagnement dans les démarches administratives | | | | | |
| Accompagnement chez le médecin | | | | | |
| Accompagnement dans certaines activités Lesquelles : | | | | | |
| Faire les courses | | | | | |

MES ATTENTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MON SUIVI MEDICAL

Suivez-vous un traitement médical ?

OUI

NON

Si oui lequel ?

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

Pour quelle maladie ?

Suivez-vous correctement votre traitement ?

OUI

NON

Nom de votre médecin psychiatre :

- Adresse :
- Tél : E-mail :
- Secteur psychiatrique :
- Fréquence des visites :

Nom de votre médecin traitant :

- Adresse :
- Tél : E-mail :
- Fréquence des visites :

Nom de votre psychologue :

- Adresse :
- Tél : E-mail :
- Fréquence des visites :

Ce dossier doit être rempli, si possible, par la personne concernée ou par :

Nom : Prénom : Lien avec la personne concernée :

Je déclare sur l'honneur exact les renseignements indiqués ci-dessus.

Fait à le

Signature :



7 route de Vezin
35000 RENNES
Tél : 02 57 87 29 04
Fax : 02 99 36 68 12
contact@espoir35.fr
www.espoir35.fr



Nom :

Prénom :

DOCUMENT A DESTINATION DE L'ENTOURAGE
Renseignements sur les habitudes de vie

A joindre au dossier d'inscription du SAMSAH

DOCUMENT A REMPLIR PAR L'ENTOURAGE

Nom : Prénom

Adresse :

Vous répondez à ce questionnaire concernant Madame, Monsieur *

en qualité de :

- Membre de sa famille. Lien de parenté à préciser :
- Représentant légal (tuteur) ou curateur
- Autre - à préciser

Merci de préciser si vous vivez quotidiennement avec l'intéressé(e) ? (entourez) OUI NON

Afin de permettre à l'équipe professionnelle d'ESPOIR 35 de réaliser une évaluation globale de l'intéressé(e) et de mesurer son degré d'autonomie dans la vie quotidienne, merci de bien vouloir compléter les tableaux ci-dessous en cochant, par activité, la case qui correspond le mieux, selon vous, à sa situation.

| ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements) | | | | | |
|---|-----------|-------------------------|---------------------------------|--|--------------|
| Activités | Fait seul | Fait avec sollicitation | Fait avec surveillance continue | Ne fait pas, ou de manière inconstante | Observations |
| Hygiène/Propreté | | | | | |
| S'habiller de façon adaptée | | | | | |
| Préparer un repas chaud | | | | | |
| Suivi médical | | | | | |
| Observance du traitement | | | | | |
| Utiliser les transports en commun | | | | | |

| VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE | | | | | |
|---|-----------|-------------------------|---------------------------------|--|--------------|
| Activités | Fait seul | Fait avec sollicitation | Fait avec surveillance continue | Ne fait pas, ou de manière inconstante | Observations |
| Faire ses courses | | | | | |
| Préparer un repas simple | | | | | |
| Faire son ménage | | | | | |
| Entretenir son linge et ses vêtements | | | | | |
| S'occuper de sa famille | | | | | |
| Gérer son budget, faire les démarches administratives | | | | | |
| Vivre seul dans un logement indépendant | | | | | |
| Avoir des relations informelles de voisinage | | | | | |
| Participer à la vie communautaire, sociale et civique | | | | | |
| Partir en vacances | | | | | |
| TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTUI, COMMUNICATION | | | | | |
| S'orienter dans le temps | | | | | |
| S'orienter dans l'espace | | | | | |
| Fixer son attention | | | | | |
| Mémoriser | | | | | |
| Prendre des décisions | | | | | |
| Prendre des initiatives | | | | | |
| Gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger) | | | | | |
| Maîtriser son comportement (émotions, pulsions) dans ses relations avec autrui | | | | | |
| Utiliser des appareils et techniques de communication | | | | | |
| Mener une conversation | | | | | |



7 route de Vezin
35000 RENNES
Tél : 02 57 87 29 04
Fax : 02 99 36 68 12
contact@espoir35.fr
www.espoir35.fr



Nom :

Prénom :

DOCUMENT A DESTINATION DE L'EQUIPE SOIGNANTE
Renseignements Médicaux

A joindre au dossier d'inscription du SAMSAH

CONFIDENTIEL

Renseignements Médicaux

(A mettre sous pli cacheté à l'intention du médecin de la Commission d'Admission)

Ces informations doivent permettre à l'association Espoir 35 de proposer un accompagnement le plus adapté possible.

Nom et prénom de l'intéressé(e)

Age :ans

Domicilié(e) à :

1 – La demande de suivi et/ou d'hébergement par ESPOIR 35 émane de :

- l'intéressé(e)
- sa famille
- l'équipe soignante avec l'accord de l'intéressé(e)
- son représentant légal (tuteur, curateur...)
- autre à (précisez).....

2 – PATHOLOGIE PRINCIPALE ET PATHOLOGIE(S) ASSOCIE(E)S (dont addictions)

Autres critères secondaires :

Ancienneté de la pathologie et mode de début des troubles

Evolution des troubles : Son état est-il stabilisé ? (entourez) OUI NON

3 – DESCRIPTION DES DEFICIENCES ACTUELLES DU PSYCHISME : Cochez puis entourez les mentions utiles

- Troubles de la volition** (précisez) *apragmatisme, négativisme, inhibition, ambivalence, compulsions obsessionnelles*
- Troubles de la pensée** (précisez) *idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, appauvrissement de la pensée, radotage, délire*
- Troubles de la perception** (précisez) *illusions, hallucinations, déréalisation*
- Troubles de la communication** (précisez) *logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, écholalie, discordance, mimique, néologismes, parasitisme, bégaiement, mutisme, repli autistique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires*
- Troubles du comportement** (précisez) *agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité*
- Troubles de l'humeur** (précisez) *prolongés ou répétés : troubles dépressifs ou hypomaniaques, états d'excitation ou dépression franche, état maniaque*
- Troubles de la conscience et de la vigilance** (précisez) *légère, avec gêne notable, entravant la vie quotidienne*
- Troubles intellectuels ou cognitifs** (précisez) *séquentaires d'une affection mentale précoce ou d'acquisition tardive : troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale*
- Troubles de la vie émotionnelle et affective** (précisez) *anxiété, angoisse, doute, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective*
- Expression somatique des troubles psychiatriques** (précisez)

Si hospitalisation(s) antérieure(s) (*précisez la fréquence, la durée et les dates*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres informations jugées utiles de porter à la connaissance de l'équipe de l'Association Espoir 35 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - NATURE DU TRAITEMENT ACTUEL :

Adhésion au traitement OUI NON

L'intéressé est-il capable de prendre régulièrement son traitement comme prescrit ? OUI NON

Bonne tolérance OUI NON

Le cas échéant, précisez les effets secondaires :

.....

.....

.....

.....

5 – PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ACTUELLE :

Hospitalisation en cours OUI NON

Si OUI, depuis quand ? Dans quel établissement ?

.....

C.A.T.T.P. C.M.P.

Consultations externes Hôpital de jour Autre (*précisez*)

.....

L'intéressé est-il capable de se rendre effectivement à ses RV médicaux et paramédicaux ? OUI NON

6 – CAPACITES DE TRAVAIL

Votre avis sur les capacités de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle ? (*impossible actuellement, possible vers le milieu ordinaire à temps complet ou partiel, vers le milieu protégé, projet soutenu par l'équipe soignante...*)

.....

.....

.....

.....

.....

7 – RETENTISSEMENTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE ET SOCIALE :

| VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE | | | | | |
|---|-----------|-------------------------|---------------------------------|--|--------------|
| Activités | Fait seul | Fait avec sollicitation | Fait avec surveillance continue | Ne fait pas, ou de manière inconstante | Observations |
| Faire ses courses | | | | | |
| Préparer un repas simple | | | | | |
| Faire son ménage | | | | | |
| Entretenir son linge et ses vêtements | | | | | |
| Gérer son budget, faire les démarches administratives | | | | | |
| Vivre seul dans un logement indépendant | | | | | |
| Partir en vacances | | | | | |
| TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTUI, COMMUNICATION | | | | | |
| S'orienter dans le temps | | | | | |
| S'orienter dans l'espace | | | | | |
| Gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger) | | | | | |
| Maîtriser son comportement (émotions, pulsions) dans ses relations avec autrui | | | | | |
| Utiliser des appareils et techniques de communication | | | | | |
| Mener une conversation | | | | | |
| ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements) | | | | | |
| Se laver | | | | | |
| S'habiller / se déshabiller | | | | | |
| Prendre ses repas | | | | | |
| Prendre soin de sa santé | | | | | |
| Se déplacer à l'extérieur | | | | | |
| Utiliser les transports en commun | | | | | |
| Conduire un véhicule | | | | | |

Date :

Nom et Prénom :

Fonction et Service :

Signature et cachet obligatoire du service :