



Reconnue d'utilité publique

# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

SAMSAH ☐

CAJM ☐

♪ **LA NOTE BLEUE** ♪  
**En face Bat C escalier 5**  
**10, Rue Erard**  
**75012 PARIS**

Photo

**Téléphone** : 01 53 44 70 35 **Fax** : 01 53 44 78 05

Assistante sociale : Mme Leriche, pauline.leriche@fondationpartageetvie.org

Samsahlanotebleue@fondationpartageetvie.org ; cajmlanotebleue@fondationpartageetvie.org

**Date de réception du dossier à La Note Bleue :**

## CANDIDAT

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

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

**Nationalité** : .....

**Adresse** : .....

**Téléphone** : .....

**E-mail** : .....

## DEMANDE ACCOMPAGNEE PAR

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Lien avec le demandeur (proche, tuteur, curateur,...)** : .....

**Adresse** : .....

**Téléphone** : .....

**E-mail** : .....



## DOCUMENTS A FOURNIR

➤ **MDPH**

- ☐ Notification d'orientation SAMSAH et/ou CAJM
- ☐ Notifications autres MDPH
- ☐ Photocopie de la carte d'invalidité

➤ **Documents administratifs**

- ☐ Attestation de responsabilité civile pour l'année en cours
- ☐ Photocopie de l'attestation de sécurité sociale
- ☐ 1 photo d'identité

➤ **Identité et mesure de protection**

- ☐ Copie de la carte d'identité ou du titre de séjour
- ☐ Copie du jugement de mesure de protection

➤ **S'il y a une prise en charge socio-éducative (service social de secteur, SAVS,...)**

- ☐ Rapport social

➤ **Documents médicaux – SOUS PLI CONFIDENTIEL –**

- ☐ Derniers compte-rendu médicaux
- ☐ Dernières évaluations (Bilan Neuropsychologique, orthophoniste, kinésithérapique, ergothérapie,...)
- ☐ Photocopie des documents de vaccination
- ☐ Ordonnance en cours

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

### **Situation familiale**

- ☐ En couple : Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Autre  
☐ Célibataire  
☐ Autres
- .....
- .....

Avez-vous des enfants ? (*préciser leurs âges*) .....

Avez-vous des frères et sœurs ? .....

Père : ..... Mère : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

### **Hébergement**

- ☐ Propriétaire      ☐ Locataire      ☐ Hébergé à titre gracieux      ☐ Hospitalisé

Personnes composant le foyer : .....

.....

### **Mesure de protection**

- ☐ Curatelle simple      ☐ Curatelle renforcée      ☐ Tutelle  
☐ Pas de mesure de protection      ☐ En cours  
☐ Autres (Sauvegarde de justice, MASP, MAJ,...)

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

Adresse : .....

Téléphone : .....

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

### **Personne à contacter en cas d'urgence**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Lien avec la personne : .....

## PROTECTIONS SOCIALES ET DROITS

### Décisions MDPH

N° MDPH : .....

| Type d'orientation                                         | Date de la décision de la CDAPH | Date de début | Date de fin | <u>En cours</u><br>Date d'envoi |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------|-------------|---------------------------------|
| SAMSAH – Service d'accompagnement médico-social            |                                 |               |             |                                 |
| CAJM – Centre d'accueil de Jour Médicalisé, ou FAM de jour |                                 |               |             |                                 |
| <i>Autres orientation et demandes en cours :</i>           |                                 |               |             |                                 |
|                                                            |                                 |               |             |                                 |
|                                                            |                                 |               |             |                                 |
|                                                            |                                 |               |             |                                 |

### Droits

|                         | NOM / Caisse d'affiliation | N° Immatriculation | Coordonnées |
|-------------------------|----------------------------|--------------------|-------------|
| <b>Sécurité sociale</b> |                            |                    |             |
| <b>Mutuelle</b>         |                            |                    |             |
| <b>CAF</b>              |                            |                    |             |
| <b>Autres</b>           |                            |                    |             |

### Aide sociale

N° dossier : .....

☐ Oui      ☐ Non      ☐ En cours

*(lors de l'acceptation, demande à faire auprès du CCAS de la ville ou arrondissement d'habitation)*

## APPRENONS A MIEUX VOUS CONNAITRE

### Vie quotidienne

Avez-vous des loisirs, des passions ? .....

Comment gérez-vous les repas ?.....

Comment gérez-vous vos courses ? .....

Savez- vous lire ? .....

Savez- vous écrire ? .....

Utilisez- vous un agenda ?.....

Utilisez-vous un téléphone ?.....

Utilisez-vous un ordinateur ? .....

Gérez-vous seul(e) votre argent ? .....

Comment souhaitez-vous être contacté? (plusieurs réponses possibles)

☐ SMS

☐ Courrier

☐ Appel téléphonique

☐ Mail

Précision : .....

**Déplacements et transports**

*Vous déplacez-vous seul ?* ☐ Oui ☐ Non

*Si oui, vous arrive-t-il de vous perdre ?* ☐ Oui ☐ Non

*Quel est votre moyen de transport habituel ?*

☐ Voiture : ☐ Passager (avec l'entourage)  
☐ Conducteur

☐ Taxi

☐ Transports en commun

☐ Transport adapté

☐ Autres (vélos,...)

**Locomotion**

*Vous vous déplacez :*

☐ Sans aide technique

☐ Avec une canne (préciser de quel type) .....

☐ Avec un déambulateur (préciser de quel type) .....

☐ En fauteuil roulant : ☐ Manuel ☐ Electrique

☐ Vous réalisez votre transfert seul (e)

**Accompagnement**

*Quelle aide avez-vous au quotidien ? (auxiliaire de vie, aide de l'entourage,...)*

*Comment est-elle répartie dans la semaine ?*

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

Nom du service intervenant: .....

*Quelle est le suivi social actuel ? (assistante sociale de secteur, SAVS, service social hospitalier,...)*

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

**Exprimez-vous**

En fonction de la demande,

*Savez-vous ce qu'est un SAMSAH (Service D'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) ?*

*Savez-vous ce qu'est un CAJM (Centre d'Accueil de Jour Médicalisé) ?*

*Quelles sont vos attentes ?*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait, le .....

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

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



# SAMSAH CAJM

♪ LA NOTE BLEUE ♪  
10 Rue Erard  
75012 PARIS

## DOSSIER 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

### Date et origine du handicap (suite à un accident, une maladie...) et description des troubles actuels

.....

.....

.....

.....

.....

## PARCOURS DE SOINS

### 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 |
|----------------------------------------------|------|---------|------------------|
| Médecins physiques et de réadaptations (MPR) |      |         |                  |
| Neurologue                                   |      |         |                  |
| Psychiatre                                   |      |         |                  |
| Médecin traitant                             |      |         |                  |
| Autres :                                     |      |         |                  |

**Suivi paramédicaux**

| Thérapeutes            | Noms | Adresse | Téléphone / Mail |
|------------------------|------|---------|------------------|
| Psychologue            |      |         |                  |
| Kinésithérapeute       |      |         |                  |
| Orthophoniste          |      |         |                  |
| Ergothérapeute         |      |         |                  |
| Autres : Infirmier,... |      |         |                  |

Pouvons-nous prendre contact avec vos médecins et thérapeutes ? ☐ oui ☐ non

**Pathologies associées au diagnostic principal : (à préciser)**

☐ Epilepsie (*préciser le type, les manifestations, les fréquences*) : .....

.....

☐ Hémiplégie : .....

☐ Troubles de l'équilibre : .....

☐ Troubles visuels : .....

☐ Troubles auditifs : .....

☐ Troubles de la mémoire : .....

☐ Trouble du langage : .....

☐ Troubles de l'orientation : .....

☐ Troubles psychiques : .....

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

☐ Autre : .....

### **Alimentation**

☐ Régime alimentaire particulier (*préciser lequel*).....

☐ Aide pour la prise des repas .....

☐ Type de texture (normal, moulinée, mixée) .....

☐ Autres .....

### **Antécédents**

☐ Médicaux .....

☐ Chirurgicaux .....

☐ Allergies (*préciser lesquelles*).....

☐ Autres .....

### **Traitements** (*joindre l'ordonnance en cours*) :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait, le .....

Signature et tampon du médecin