

## 1A- DOSSIER MEDICAL D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

- Secteur enfant/adulte -

→ Dossier à apporter lors du rendez-vous 1<sup>er</sup> accueil.

→ Vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant pour remplir le dossier.

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_\_ reçue le \_\_\_\_\_

Votre demande concerne une ou plusieurs structures et modalités d'accompagnement ? Cochez les cases ci-dessous selon les prestations souhaitées :

	Accueil PERMANENT	Accueil TEMPORAIRE	Accueil DE JOUR
Foyer d'Accueil Médicalisé			
S.A.M.S.A.H			
I.M. E			
S.E.S.S.A. D			
D.A.R			

**Merci de joindre à votre dossier de demande les notifications CDAPH correspondant à vos demandes d'accompagnement.**

### Informations importantes sur le recueil et le traitement de vos données :

Les informations recueillies sur les pages suivantes et les pièces jointes au dossier seront enregistrées dans un système informatisé sécurisé via un hébergeur de données de santé. Elles seront détenues par l'établissement ou le service souhaité pour la **gestion de votre dossier** et sont destinées à être traitées par un **service administratif, des cadres médico-sociaux et / ou le.a directeur.trice.**

Dans le cadre d'une demande d'accueil, ces données seront conservées pendant **2 ans. Au-delà de ces 2 ans, et sans suite donnée à votre demande, les données informatisées seront archivées électroniquement (et ne seront plus accessibles) et les documents papier seront détruits de manière sécurisée.**

**Dans le cas où une admission venait à être effective pendant ces deux premières années de conservation, les données alimenteront le dossier informatique de la personne accompagnée et seront conservées pendant 5 ans après la fin de son accompagnement dans l'un des établissements ou services de l'APHVN.**

Conformément au RGPD et à la [loi « informatique et libertés »](#), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **le DPO de l'APHVN via [dpo@aphvn.fr](mailto:dpo@aphvn.fr)** .

**Vos autorisations pour traiter vos données :**

[Pour traiter vos données personnelles, l'APHVN doit recueillir votre consentement. Merci de permettre ces traitements comme décrits précédemment en remplissant le questionnaire ci-dessous et en cochant l'ensemble des cases. A défaut, votre dossier de demande d'accueil ou d'accompagnement ne pourra être traité par nos établissements ou services.]

**Je soussigné :** nom :

prénom :

agissant pour moi même

agissant en qualité de \_\_\_\_\_

**pour** nom :

prénom :

reconnais avoir été informé du traitement informatisé des données personnelles contenues dans le dossier ci-après.

autorise les membres de l'équipe médicale de l'établissement ou du service sollicité à enregistrer et traiter les données personnelles contenues dans les pages suivantes et à accéder, si besoin, grâce à ViaTrajectoire PH, aux données d'évaluation potentiellement détenues par la MDPH ayant traité mes orientations.

autorise les membres de l'équipe médicale de l'établissement ou du service sollicité, à contacter les médecins qui s'occupent habituellement de la personne en demande d'admission, pour de plus amples informations.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

**Identification de la personne concernée par la demande :**

Masculin

Féminin

Non binaire

Civilité :	
Prénom 1 :	
Prénom 2 :	
NOM :	
Nom de jeune fille :	

**Informations sociales de la personne concernée par la demande :**

N° de sécurité sociale :	
Organisme de sécurité sociale :	
Adresse de l'organisme de sécurité sociale :	
N° CAF :	

**1) QUELLE EST LA DEFICIENCE PRINCIPALE RESPONSABLE DES DIFFICULTES DE LA PERSONNE (DI, TSA, AUTRES...) ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2) CONNAISSEZ- VOUS LA PATHOLOGIE A L'ORIGINE DE LA DEFICIENCE ?

OUI

NON

2a) SI OUI, QUELLE EST-ELLE (CIM 11) ?

---

---

---

---

3) Antécédents médicaux de la personne concernée par la demande :

DATE	NATURE (Thésaurus CIM 11)

4) Antécédents chirurgicaux de la personne concernée par la demande :

DATE	NATURE (Thésaurus CIM 11)

**5) Allergies connues de la personne concernée par la demande :**

DATE	NATURE (Thésaurus CIM 11)

**6) Pathologies actuelles de la personne concernée par la demande :**

DATE	NATURE (Thésaurus CIM 11)

**7) La personne en demande est actuellement concerné par...**

Les soins techniques suivants :			Remarques :
Oxygénothérapie :	OUI	NON	
Sondes d'alimentation :	OUI	NON	
Sonde trachéotomie :	OUI	NON	
Sonde urinaire :	OUI	NON	
Gastrostomie :	OUI	NON	
Colostomie :	OUI	NON	
Urétérostomie :	OUI	NON	
Appareillage ventilatoire :	OUI	NON	
Logement implantable :	OUI	NON	
Dialyse péritonéale :	OUI	NON	
Les soins cutanés :			Remarques :
Soin d'ulcère :	OUI	NON	

Soin d'escarre :	OUI	NON	
------------------	-----	-----	--

**8) Appareillages / aides techniques en place pour la personne concernée par la demande :**

			Remarques :
Fauteuil roulant	Oui	Non	
Lit médicalisé	Oui	Non	
Matelas anti escarres	Oui	Non	
Déambulateur	Oui	Non	
Orthèse	Oui	Non	
Prothèse	Oui	Non	
Pacemaker	Oui	Non	
PPC	Oui	Non	
Autres ?	Oui	Non	
Si oui précisez :			

**9) EN MATIERE DE SANTE ET DE BIEN ETRE :  
QUELLES SONT LES ATTENTES ET LES BESOINS DE LA PERSONNE EN DEMANDE  
D'ACCUEIL/ D'ACCOMPAGNEMENT ?**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**10) EN MATIERE DE SANTE ET DE BIEN ETRE :**

**QUELLES SONT LES ATTENTES ET LES BESOINS DE SA FAMILLE, DE SES AIDANTS ?**

---

---

---

---

---

---

---

---