

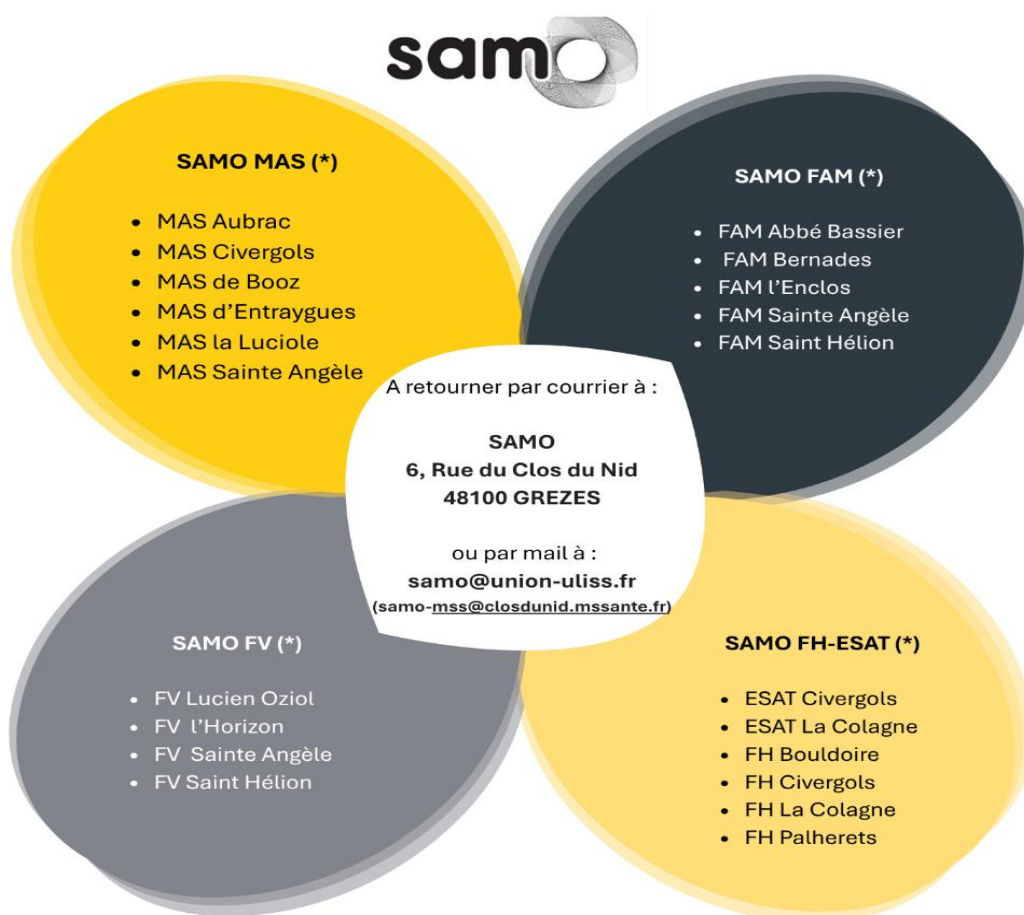
## Pièces complémentaires DUA – Candidature SAMO

Ce document présente la liste des pièces complémentaires à fournir pour compléter votre Dossier Unique d'Admission (DUA) dans le cadre d'une candidature auprès du SAMO pour les établissements du secteur adulte de l'Association le Clos du Nid, l'Association Lozérienne de Lutte contre les Fléaux Sociaux, l'Association les Résidences Lozériennes d'Olt, l'Association Sainte Angèle et le Foyer d'Accueil Médicalisé Abbé Bassier de l'Association Education par le Travail.

Ces éléments permettent de compléter votre DUA et de faciliter l'instruction de votre demande.

Dans ce cadre, vous pouvez, à votre convenance :

- ➔ Téléverser les éléments demandés directement dans votre DUA sur **Via Trajectoire** : [www.usager.viatrajectoire.fr](http://www.usager.viatrajectoire.fr)
- ➔ Adresser les éléments par **courrier** ou par **mail** à :



(\*)

ESAT : Etablissement et Service d'Accompagnement par le Travail

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

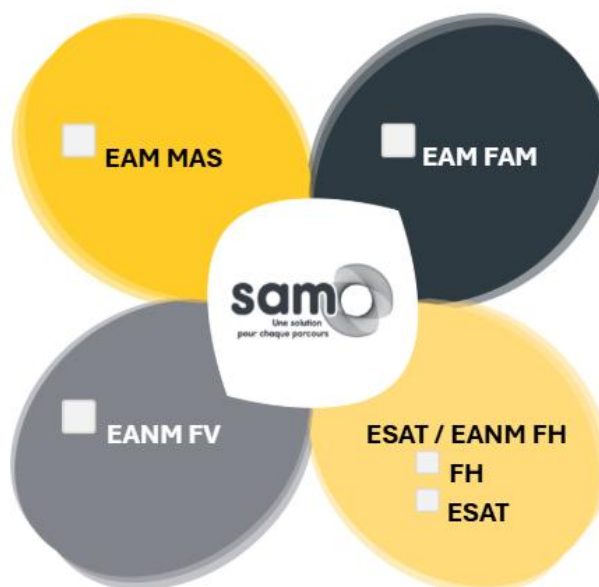
FV : Foyer de Vie

FH : Foyer Hébergement

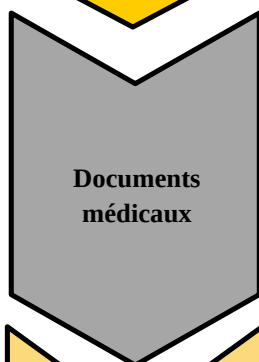
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

→ Vous déposez une candidature pour :

(Merci de cocher la ou les cases correspondantes)



- Copie Carte Nationale d'Identité recto/verso ou Passeport
- Attestation de droits de la Sécurité Sociale
- Notifications CDAPH (s'il y a lieu)



- Certificat médical SAMO (ci-après) à renseigner ou copie du Certificat médical MDPH de moins d'un an (CERFA 156958\*01)
- Autres documents médicaux



**Tout document permettant une meilleure compréhension de votre situation :**

- Bilan social
- Eléments éducatifs
- Eléments psychologiques
- Dernier Projet Personnalisé
- Fiche Habitudes de vie (ci-après) à renseigner

**Quels sont vos besoins ?**

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement. **Merci de cocher la case correspondante.**

| <b>Vie quotidienne</b>                                   | <b>Seul</b> | <b>Aide<br/>partielle</b> | <b>Aide<br/>totale</b> | <b>Commentaires</b> | <b>Solutions que vous avez mises,<br/>ou que vous souhaitez mettre, en œuvre</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Hygiène corporelle                                       |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| S'habiller et se déshabiller                             |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| Alimentation                                             |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| Hygiène de l'élimination et<br>utilisation des toilettes |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| Prendre vos repas                                        |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| Gérer votre repos quotidien                              |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| S'orienter dans le temps                                 |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| S'orienter dans l'espace                                 |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| Gestion de votre sécurité                                |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| Prendre votre traitement                                 |             |                           |                        |                     |                                                                                  |
| Gérer votre suivi de soins                               |             |                           |                        |                     |                                                                                  |

|                                                               |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Faire vos courses                                             |  |  |  |  |  |
| Préparer un repas                                             |  |  |  |  |  |
| Entretien du linge                                            |  |  |  |  |  |
| Gérer votre budget                                            |  |  |  |  |  |
| Gérer vos horaires : du lever, du coucher, de vos rendez-vous |  |  |  |  |  |

| <b>Vie sociale</b>                   | <b>OUI</b> | <b>NON</b> | <b>Commentaires</b> | <b>Solutions que vous avez mises,<br/>ou que vous souhaitez mettre, en œuvre</b> |
|--------------------------------------|------------|------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Communication orale                  |            |            |                     |                                                                                  |
| Communication écrite                 |            |            |                     |                                                                                  |
| Outils de communication utilisés     |            |            |                     |                                                                                  |
| Compréhension de consignes           |            |            |                     |                                                                                  |
| Prise d'initiatives                  |            |            |                     |                                                                                  |
| Respect des règles de vie            |            |            |                     |                                                                                  |
| Relations avec les autres            |            |            |                     |                                                                                  |
| Participation à une vie culturelle   |            |            |                     |                                                                                  |
| Participation à une vie sportive     |            |            |                     |                                                                                  |
| Accès aux droits et à la citoyenneté |            |            |                     |                                                                                  |

| <b>Mobilité</b>                   | <b>Seul</b> | <b>Aide<br/>partielle</b> | <b>Aide<br/>totale</b> | <b>Avec<br/>appareillage</b> | <b>Solutions que vous avez mises,<br/>ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :</b> |
|-----------------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Faire ses transferts              |             |                           |                        |                              |                                                                                    |
| Se déplacer à l'intérieur         |             |                           |                        |                              |                                                                                    |
| Se déplacer à l'extérieur         |             |                           |                        |                              |                                                                                    |
| Utiliser les escaliers            |             |                           |                        |                              |                                                                                    |
| Utiliser un ascenseur             |             |                           |                        |                              |                                                                                    |
| Utiliser les transports en commun |             |                           |                        |                              |                                                                                    |
| Conduire un véhicule              |             |                           |                        |                              |                                                                                    |
| Soulever et porter des objets     |             |                           |                        |                              |                                                                                    |

| Soins                                             | OUI | NON | Fréquence |             |          |
|---------------------------------------------------|-----|-----|-----------|-------------|----------|
|                                                   |     |     | Par jour  | Par semaine | Par mois |
| Consultations médicales régulières                |     |     |           |             |          |
| Hospitalisations programmées                      |     |     |           |             |          |
| Soins psychiatriques                              |     |     |           |             |          |
| Soins psychologiques                              |     |     |           |             |          |
| Soins infirmiers                                  |     |     |           |             |          |
| Auxiliaires de vie                                |     |     |           |             |          |
| Kinésithérapeute                                  |     |     |           |             |          |
| Orthophoniste                                     |     |     |           |             |          |
| Ergothérapeute                                    |     |     |           |             |          |
| Accompagnement chez les professionnels de santé : |     |     |           |             |          |
| Autre :                                           |     |     |           |             |          |

### Appareillage :

- |                                                  |                                                              |                                                   |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Canne                   | <input type="checkbox"/> Déambulateur                        | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : ..... |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique         |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé          | <input type="checkbox"/> Orthèse ou prothèse                 |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Appareil auditif        | <input type="checkbox"/> Lunettes et/ou lentilles de contact |                                                   |

| <b>Vie professionnelle</b><br><b>(En cas de demande pour un E.S.A.T.)</b> | <b>OUI</b> | <b>NON</b> | <b>Lesquels ?</b> | <b>Solutions que vous avez mises,<br/>ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Travail à temps plein                                                     |            |            |                   |                                                                                    |
| Poste assis                                                               |            |            |                   |                                                                                    |
| Aimez-vous le travail en équipe ?                                         |            |            |                   |                                                                                    |
| Avez-vous besoin de changements réguliers dans votre travail ?            |            |            |                   |                                                                                    |
| Compréhension de consignes                                                |            |            |                   |                                                                                    |
| Prise d'initiatives                                                       |            |            |                   |                                                                                    |
| Respect des règles                                                        |            |            |                   |                                                                                    |
| Relation avec autrui                                                      |            |            |                   |                                                                                    |

## Quelles sont vos habitudes de vie ?

Ce questionnaire a pour objectif de mieux vous connaître afin de mieux vous accompagner. Vous avez la possibilité de ne pas répondre à ces questions.

| Habitudes de vie                                                          | OUI | NON | Lesquels? | Solutions que vous avez mises<br>ou que vous souhaitez mettre en œuvre : |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----------|--------------------------------------------------------------------------|
| Quels sont vos loisirs ?                                                  |     |     |           |                                                                          |
| Pratiquez-vous des activités<br>culturelles, sportives, manuelles... ?    |     |     |           |                                                                          |
| Etes-vous adhérent d'une<br>association ?                                 |     |     |           |                                                                          |
| Aimez-vous les sorties ?                                                  |     |     |           |                                                                          |
| Y a-t-il des activités que vous<br>aimeriez pratiquer ?                   |     |     |           |                                                                          |
| Avez-vous des attentes particulières<br>concernant la vie en collectivité |     |     |           |                                                                          |
| Autres :                                                                  |     |     |           |                                                                          |

## Avez-vous des observations complémentaires ?

.....

.....



# CERTIFICAT MÉDICAL

|                       |  |                     |  |
|-----------------------|--|---------------------|--|
| Nom de naissance :    |  | Nom d'usage :       |  |
| Prénom :              |  | Date de naissance : |  |
| Adresse :             |  |                     |  |
| N° Sécurité Sociale : |  |                     |  |

## 1. DÉFICIENCES PRINCIPALE ET ASSOCIÉES

| Déficiences (*)                                         | Déficiences<br>principale (**) | Déficiences<br>Associées (***) |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Déficiences intellectuelles                             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Autisme et autres TED                                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Troubles du comportement et de la communication         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Troubles psychiques                                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Troubles du langage et des apprentissages               | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Déficiences auditives                                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Déficiences visuelles                                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Déficiences motrices                                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Déficiences métaboliques, viscérales et nutritionnelles | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Cérébro-lésions                                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Polyhandicap                                            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| Autres types de déficiences                             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       |
| En cours de diagnostic                                  | <input type="checkbox"/>       |                                |

(\*) Classification ANAP (\*\*) 1 seule case à cocher (\*\*\*) Possibilité de cocher plusieurs cases

## **2. PATHOLOGIE**

**Pathologies principales :**

**Autres pathologies :**

**Éléments essentiels à retenir (symptomatologie) :**

## **3. HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE**

**Origine, circonstances d'apparitions :**

☐ Congénitale

☐ Maladie

☐ Accident vie privée

☐ Accident du travail

☐ Maladie professionnelle

**Date d'apparition :**

**Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :**

#### 4. DESCRIPTION CLINIQUE ACTUELLE

Poids :

Taille :

Latéralité dominante avant handicap : ☐ Droite ☐ Gauche

| Description des signes cliniques | Fréquence                |                                  |                                  |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                                  | Permanents               | Réguliers<br>> 15 jours par mois | Ponctuels<br>< 15 jours par mois |
|                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         |
|                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         |
|                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>         |

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

☐

Stabilité

☐

Incapacité fluctuante

☐

Amélioration

(préciser la durée prévisible  
des limitations fonctionnelles)

☐

Aggravation

☐

Evolutivité majeure

☐

Non définie

Comptes-rendus joints (préciser) :

*Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc.*

#### 5. TRAITEMENTS ET PRISES EN CHARGE THÉRAPEUTIQUES

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Contraintes ayant un impact sur la vie quotidienne : (préciser dans chaque cas la fréquence et la durée)

**Autres contraintes si connues :**

(modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...)

**Allergie(s) et/ou Régime(s) alimentaire(s) :**

**Autre prise en charge concernant les soins :**

- ☐ Hospitalisations itératives ou programmées
- ☐ Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser) Fréquence
- ☐ Suivi médical spécialisé
- ☐ Autres

Précisions :

| Qui - Quoi | Modalités |
|------------|-----------|
|            |           |
|            |           |
|            |           |
|            |           |
|            |           |

## Projet thérapeutique :

### Type d'appareillage :

- Corrections auditives : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ Appareillage ☐ Implant
- Aide à la Mobilité : ☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Orthèse, Prothèse (préciser)
- ☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Fauteuil roulant manuel
- ☐ Autres (Préciser : Ex Scooter, etc)
- Appareillage visuel : ☐ Télé-agrandisseur ☐ Terminal-braille ☐ Logiciel de basse vision
- ☐ Loupe ☐ Logiciel de synthèse vocale
- Alimentation : ☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- Elimination : ☐ Stomie digestive d'élimination ☐ Sonde urinaire ☐ Stomie urinaire
- Aides respiratoires : ☐ Trachéotomie ☐ O2 ☐ Appareil de ventilation (Préciser)
- Aide à la Parole : ☐ Prothèse phonatoire
- Autre appareillage :

### Précisions :

(types, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance, etc)

## 6. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET /OU RELATIONNEL

Déplacement : Périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques :

| Aide Technique              | En Intérieur             | En Extérieur             | Fréquence d'utilisation |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Canne                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |
| Déambulateur                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |
| Fauteuil roulant manuel     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |
| Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                         |

Ralentissement moteur : ☐ Oui ☐ Non

Besoin de pauses : ☐ Oui ☐ Non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : ☐ Oui ☐ Non

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

| A                                           | B                                              | C                                                  | D           | NSP                |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| Réalisé sans difficulté et sans aucune aide | Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine | Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation | Non réalisé | Ne se prononce pas |

**Mobilité, manipulation / Capacité motrice :**

(maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement)

|                               | A                        | B                        | C                        | D                        | NSP                      |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Marcher                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer à l'intérieur     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer à l'extérieur     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Préhension main dominante     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Préhension main non dominante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motricité fine                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisions :

**Communication :**

|                                                                                         | A                        | B                        | C                        | D                        | NSP                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Communiquer avec les autres<br>(s'exprimer, se faire comprendre, etc)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utiliser le téléphone                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utiliser les autres appareils techniques de communication (téléalarme, ordinateur, etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nécessité d'un recours d'une aide humaine

(interprète, interface ou codeur LPC, etc) avec appareillage : ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

*Bilan orthophoniste à joindre en cas de troubles du langage oral et écrit avec un retentissement significatif.*

**Cognition / Capacité cognitive :**

(Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace, etc)

|                                    | A                        | B                        | C                        | D                        | NSP                      |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Orientation dans le temps          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientation dans l'espace          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gestion de la sécurité personnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maîtrise du comportement           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisions : (indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif)

Conduites émotionnelles et comportementales :  
(Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale)

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et Familiale :  
(insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger, etc)

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

**Retentissement sur vie sociale et familiale :**

Situation familiale : ☐ Vie familiale ☐ Isolement ☐ Rupture ☐ Autres :  
Présence d'un aidant familial : ☐ Oui ☐ Non (préciser)

Quel est le lien de l'aidant avec  
la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

**Retentissement sur l'emploi :**

Avis du médecin du travail joint (si possible)

En capacité de travailler : ☐ Oui ☐ Non

Travaille : ☐ Oui ☐ Non

Si travaille actuellement : retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, préciser :

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, préciser :



## **7. REMARQUES OU OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES, SI BESOIN**

## **8. COORDONNÉES ET SIGNATURE**

**Docteur :**

**Médecin traitant :** ☐ Oui ☐ Non

**Identifiant RPPS :**

**Adresse postale :**

**Téléphone :**

**Email :**

**Adresse MSS :**

---

**Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le**

**Fait à :**

**Signature du  
médecin**

**Signature du patient  
(non obligatoire)**