

# DEMANDE D'AGRÉMENT RAPPORT MÉDICAL



# ACCUEIL FAMILIAL

PERSONNE ÂGÉE OU ADULTE EN SITUATION  
DE HANDICAP

SOLIDARITÉS ET  
AUTONOMIE  
DES PERSONNES



[www.deux-sevres.fr](http://www.deux-sevres.fr)

Première demande  Renouvellement d'agrément

Date de la consultation médicale

Médecin Territorial : Docteur .....

Assistante sociale référente : .....

## 1 Informations relatives à l'accueillant

### PERSONNE DEMANDEUSE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance

Adresse : .....

Téléphone

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Marié(e)  si oui : 1<sup>ère</sup>/2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> union Divorcé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale

#### Conjoint :

Nom : ..... Prénom : .....

né(e) le

situation professionnelle : ..... Téléphone

**Enfants :** ..... filles et/ou ..... garçons

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation familiale, scolaire, professionnelle

### EN CAS DE RENOUVELLEMENT D'AGRÉMENT

Agrément actuel : Personnes âgées  agrément pour ..... personnes accueillies

Personnes handicapées  agrément pour ..... personnes accueillies

Agrément obtenu depuis le

Demande de modification de l'agrément en cours : oui  non  si oui, préciser le type de changement demandé et les motivations de la demande .....

**EN CAS DE PREMIÈRE DEMANDE D'AGRÈMENT**

Agrément demandé pour accueil de : personnes âgées  personnes handicapées

**PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL DE L'ACCUEILLANT FAMILIAL**

**Parcours scolaire, formations suivies, diplômes obtenus :**

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

**Parcours professionnel ayant précédé l'accueil familial :**

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

**ÉLÉMENTS FONDATEURS DU PROJET D'ACCUEIL FAMILIAL**

**Motivations, éléments du parcours de vie ayant conduit à la démarche vers l'accueil familial :**

.....  
.....

**Place de la famille (conjoint, enfants) dans l'accueil familial : degré d'intégration au projet, degré d'aide :**

.....

**PERSONNES ACCUEILLIES**

(en cas de renouvellement) : identité, âge, handicap, soins et assistances requis

1 - .....  
.....  
.....

2 - .....  
.....  
.....

3 - .....  
.....  
.....

**PROJET D'ACCUEIL** : déroulement d'une journée-type, activités proposées,...

.....

.....

.....

.....

**CONGÉS ET ABSENCES DE L'ACCUEILLANT**

Fréquence et durée : .....

Solution de remplacement : .....

**PROJET DE FIN D'ACTIVITÉ ENVISAGÉ** : (mode de transition envisagé, délai,...)

.....

.....

**FORMATIONS SUIVIES**

oui  non  si oui, lesquelles et bénéfices retirés :

.....

.....

**LIENS AVEC INTERVENANTS EXTÉRIEURS**

oui  non  si oui, lesquels et motifs :

.....

.....

**PRISE EN CHARGE DES DÉCOMPENSATIONS PSYCHIATRIQUES ET DES TROUBLES DU COMPORTEMENT**

.....

**2** **Éléments médicaux**

**ANTÉCÉDENTS**

Médicaux	Chirurgicaux	Allergie(s)	Traitements

## CONDUITES À RISQUE

**Tabagisme** : non  sevré  si oui, depuis quand ..... consommation estimée : ..... PA  
actif  consommation actuelle et cumulée : .....

**Consommation de boissons alcoolisées** : non  occasionnelle, festive  régulière   
préciser : .....

## COUVERTURE VACCINALE

**DT Polio** : à jour  date de la dernière injection | | | | | | | | | | non à jour   
**Coqueluche** : à jour  date de la dernière injection | | | | | | | | | | non à jour   
**Hépatite B** : réalisée  non réalisée   
**BCG** : réalisé en | | | | | | | | | | **Tubertest récent** : non  oui   
si oui, négatif / positif à ..... mm date : | | | | | | | | | |

**Autres vaccinations réalisées** : non  oui  si oui, lesquelles et dates : .....  
.....

## EXAMENS DE PRÉVENTION

**Mammographie** : réalisée  date | | | | | | | | | | Résultat : .....  
non réalisée  à réaliser

**Frottis cervico-vaginal récent** : non  oui  date | | | | | | | | | | Résultat : .....

**Hémocult** (âge > 50 ans) : réalisé  date | | | | | | | | | | Résultat : .....  
non réalisée  à réaliser

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES RÉCENTS FOURNIS

**Bilan biologique récent** : non  oui  date | | | | | | | | | |  
anomalies : .....

**Documents d'imagerie médicale récents** : non  oui  si oui, lesquels, date et résultats  
.....  
.....  
.....

### PLAINTES EXPRIMÉES D'ORDRE MÉDICAL

(somatiques ou psychologiques): non  oui  si oui, préciser : .....

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

### ACTIVITÉS PHYSIQUES ET DE LOISIRS PRATIQUÉES

non  oui  si oui, préciser : .....

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

## 3 Examen médical

Poids : ..... kg      Taille : ..... cm

### EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE

Signes fonctionnels : .....

TA : ..... / ..... cm Hg      Puls : ...../min      régulier  irrégulier

Bruits du cœur : anomalies, non  oui  préciser : .....

Pouls périphériques perçus : oui  non  Si non préciser : .....

Œdèmes des membres inférieurs : oui  non

### EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE

Dyspnée : oui  non  Si oui, préciser type de dyspnée : .....

Murmure vésiculaire : symétrique  asymétrique

Bruits surajoutés : oui  non  Si oui, préciser : .....

.....

### EXAMEN ABDOMINO-PELVIEN

Signes fonctionnels digestifs et génitaux : .....

Organomégalie : oui  non  Si oui, préciser : .....

Anomalies de la palpation abdominale : oui  non  Si oui, préciser : .....

.....

Anomalies uro-génitales : oui  non  Si oui, préciser : .....

.....

## EXAMEN NEUROLOGIQUE

Signes fonctionnels : .....

Déficit sensitivo-moteur : oui  non  Si oui, préciser : .....

Anomalies des paires crâniennes : oui  non  Si oui, préciser : .....

Syndrome cérébelleux : oui  non

Syndrome extra-pyramidal : oui  non

Fonctions cognitives : conservées  altérées  Si altérées, préciser : .....

Autres éléments neurologiques : .....

## ANOMALIES ORL ET/OU OPHTALMOLOGIQUES RAPPORTÉES

oui  non  Si oui, préciser : .....

## EXAMEN BUCCO-DENTAIRE

Anomalies : oui  non  Si oui, préciser : .....

## AUTRES ÉLÉMENTS DE L'EXAMEN MÉDICAL

.....

.....

.....

.....

## 4 Conclusion du rapport médical

Avis favorable

Avis défavorable

Réserves éventuelles :

.....

.....

.....

Commentaires :