

Attention, une mise à jour du Dossier Unique d'Admission est mise à disposition depuis novembre 2024. Veuillez vérifier toutes les informations que vous avez renseignées préalablement. Il n'est pas nécessaire de retransmettre votre dossier aux établissements déjà sollicités.

Votre dossier est complet

Vous pouvez rechercher des établissements ou services médico-sociaux et leur envoyer une demande en utilisant le menu "[Annuaire ESMS](#)"

Informations administratives 

Parcours personnel 

Autonomie et vie quotidienne 

Les champs marqués d'un * sont obligatoires.

Enregistré le 06/02/2025 à 16:19

 Enregistrer

 Télécharger le guide

^ Rédacteur du dossier

Mes coordonnées et/ou celles de l'aidant peuvent être saisies plus loin

Personne qui renseigne le dossier *

Moi-même Un aidant

Précisions sur la personne qui renseigne le dossier

Ex : Je suis la sœur de la personne concernée par la demande
(Max. 255 caractères)

^ Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe *

Homme Femme Autre Inconnu

Nom de naissance *

POSTAL

Nom d'époux(se) ou d'usage

Prénoms *

DIMITRI

Date de naissance (ex : 25/12/2012) *

12/12/2001

Lieu de naissance

 Né(e) en France Né(e) à l'étranger Information non connue

Organisme d'assurance maladie (Ex : CPAM, MSA, ...)

Numéro de sécurité sociale de l'enfant ou de l'adulte concerné

Numéro de sécurité sociale du parent sur lequel est rattaché l'enfant (Si applicable)

📍 Domicile de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Adresse *

10 rue de l'église

Complément d'adresse

Code postal - Ville *

09310 - ALBIES

En cas de domiciliation par un organisme

Si j'ai élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action social), je précise son nom et son adresse

Nom de l'organisme

Adresse

^ Contacts

Personne à contacter *

Moi-même Parent 1 Parent 2 Représentants légaux Autre aidant

Mon téléphone

Mon téléphone 2

Mon adresse mail

viatrajectoire@esante-occitanie.fr

Vous pouvez changer votre adresse e-mail depuis le menu ["Gérer mon compte"](#)

Parents

Ces informations sont préremplies à partir de votre dossier MDPH. Si elles sont erronées, vous pouvez les mettre à jour

Parent 1

[+ Renseigner les coordonnées](#)

Parent 2

[+ Renseigner les coordonnées](#)

Représentants légaux

Ces informations sont préremplies à partir de votre dossier MDPH. Si elles sont erronées, vous pouvez les mettre à jour

Représentant légal

[+ Ajouter un représentant légal](#)

Autre aidant

Autre aidant

[+ Renseigner les coordonnées](#)

Les champs marqués d'un * sont obligatoires.

Enregistré le 06/02/2025 à 16:19

 Enregistrer

 Télécharger le guide

ViaTrajectoire Handicap - Site particulier. v8.1.0.2 (NLB 370 06 Decembre 2024)

[Plan du site](#) | [CGU](#) | [Mentions légales](#) | [Confidentialité](#) | [Foire Aux Questions](#) 
| [Aide](#) | [Accessibilité](#)

Attention, une mise à jour du Dossier Unique d'Admission est mise à disposition depuis novembre 2024. Veuillez vérifier toutes les informations que vous avez renseignées préalablement. Il n'est pas nécessaire de retransmettre votre dossier aux établissements déjà sollicités.

Votre dossier est complet

Vous pouvez rechercher des établissements ou services médico-sociaux et leur envoyer une demande en utilisant le menu "[Annuaire ESMS](#)"

Informations administratives 

Parcours personnel 

Autonomie et vie quotidienne 

Les champs marqués d'un * sont obligatoires.

Enregistré le 06/02/2025 à 16:19

 Enregistrer

 Télécharger le guide

1. Ma situation familiale

J'indique ici les conséquences de mon admission ou celle de mon enfant en situation de handicap dans un ESMS sur l'organisation de ma vie quotidienne et celle de ma famille.

Précisions sur ma situation familiale

Ex : Je veux garder un lien avec ma fratrie ; Je vis avec mes deux parents qui travaillent tous les deux ; Je suis mère célibataire et je vis avec mon enfant.
(Max. 400 caractères)

2. Mes derniers Etablissements ou Services Médico-Sociaux (ESMS) fréquentés

L'établissement ou le service médico-social (ESMS) a besoin de connaître les autres ESMS que j'ai fréquentés afin de comprendre mon parcours et de les contacter si besoin.

Êtes-vous actuellement accompagné par un établissement ou un service médico-social (ESMS) ou l'avez-vous été par le passé ? *

Cookies Oui Non

Précisions sur les derniers établissements ou services médico-sociaux (ESMS) fréquentés

Ex: Mon enfant a été accompagné par le SESSAD Les Lilas pendant 3 ans. Notre contact privilégié était madame/monsieur nom, prénom dont le numéro de téléphone est le 06XXXXXXXX et dont l'adresse mail est nom.prenom@sessad.com (Max. 400 caractères)

3. Ma scolarité actuelle

Je renseigne cette partie si ma demande concerne ma scolarité / ma vie étudiante ou celle de mon enfant.

Je suis concerné *

Oui Non

Scolarité actuelle *

Sélectionner une valeur

Mon enfant bénéficie du soutien d'une ULIS

Oui Non

Mon enfant bénéficie du soutien d'un DAR (dispositif d'autorégulation)

Oui Non

Mon enfant bénéficie du soutien d'une AESH

Oui Non

Précisions sur le parcours scolaire

Ex : Mon enfant a été scolarisé en CP et CE1 avec l'accompagnement d'une AESH à titre individuel sur l'ensemble de son temps de scolarisation dans l'attente d'une place en IME ; Mon enfant a été scolarisé en 6e et en 5e en classe ULIS et il entre en 4e et bénéficie aujourd'hui de l'accompagnement d'un SESSAD ; Je suis en 2ème année de licence de mathématique. (Max. 400 caractères)

4. Ma situation professionnelle

Je renseigne cette partie si ma demande concerne mon projet professionnel. Je peux indiquer ici si je suis employé, et le cas échéant, le type de mon emploi (en milieu

ordinaire/protégé, en entreprise adaptée), etc.

Je suis concerné *

Oui Non

Situation professionnelle actuelle *

- J'ai un emploi en milieu ordinaire
- J'ai un emploi en entreprise adaptée
- J'ai un emploi en milieu protégé (ESAT – Établissements et services d'accompagnement par le travail)
- Je suis en formation continue Je suis en arrêt de travail
- Je ne travaille pas

Je travaille actuellement et mon temps de travail est à

Temps plein Temps partiel

Je ne travaille pas actuellement et je suis inscrit à France travail

Oui Non

Précisions sur ma situation professionnelle

Ex1 : Je bénéficie d'aménagements de mon poste de travail : j'ai un siège ergonomique et un synthétiseur vocal

Ex2 : Je suis en arrêt de travail à la suite d'un accident du travail (ou une maladie professionnelle) et ce jusqu'à la fin du mois d'octobre 2024.

(Max. 400 caractères)

5. Mon parcours de soins

Je suis concerné *

Oui Non

Médecin traitant

*L'ESMS a besoin d'approfondir les informations sur ma situation médicale.
Je saisis ici les coordonnées de mon médecin traitant.*

J'autorise les ESMS à contacter le médecin traitant

Oui Non

Coordonnées du médecin traitant

Ex : Nom, Prénom, Ville, Moyen de contact (téléphone, adresse mail, etc).
(Max. 400 caractères)

Médecin spécialiste

*L'ESMS a besoin d'approfondir les informations sur ma situation médicale.
Je saisis ici les coordonnées de mes médecins spécialistes.*

J'autorise les ESMS à contacter le ou les médecin(s) spécialiste(s)

Oui Non

Coordonnées des médecins spécialistes

Ex : Nom 1, Prénom 1, Ville 1, Moyen de contact 1 (téléphone, adresse mail, etc).
Nom 2, Prénom 2, Ville 2, Moyen de contact 2 (téléphone, adresse mail, etc).
(Max. 400 caractères)

Antécédents médicaux et hospitaliers

*Je renseigne ici mes antécédents médicaux, mes séjours récents à l'hôpital
ainsi que tout autre élément de mon parcours de soins à prendre en
compte en vue de mon admission dans un établissement ou service
médico-social (ESMS).*

Précisions sur mes antécédents médicaux et hospitaliers

Ex : J'ai eu un état de mal épileptique ayant nécessité une hospitalisation en 2023 ; Je suis atteint d'une ou de plusieurs maladies chroniques : je suis diabétique avec une surcharge pondérale et j'ai une hypertension ; Une infirmière libérale passe à mon domicile 2 fois par semaine.

(Max. 400 caractères)



6. Mes attentes

Je renseigne ici mes attentes vis-à-vis de l'établissement ou service médico-social (ESMS).

Description de mes attentes

Je souhaite que ma famille puisse me rendre visite chaque week-end ; Je souhaite retourner chez ma famille pendant les vacances ; Je souhaite garder mon animal de compagnie (chien, chat, etc.) lors de mon admission en ESMS.

(Max. 400 caractères)



7. Autres informations utiles

Je renseigne ici toute autre information utile à mon futur accueil par un établissement ou service médico-social (ESMS).

Je suis concerné *

Oui Non

Description des informations utiles à mon accueil

« Ex : Mes parents travaillent à temps plein et ne pourront ni m'emmener ni venir me chercher à l'ESMS.

(Max. 400 caractères)



Les champs marqués d'un * sont obligatoires.

Enregistré le 06/02/2025 à 16:19

 Enregistrer

 Télécharger le guide

ViaTrajectoire Handicap - Site particulier. v8.1.0.2 (NLB 370 06 Decembre 2024)

[in du site](#) | [CGU](#) | [Mentions légales](#) | [Confidentialité](#) | [Foire Aux Questions](#) 

Attention, une mise à jour du Dossier Unique d'Admission est mise à disposition depuis novembre 2024. Veuillez vérifier toutes les informations que vous avez renseignées préalablement. Il n'est pas nécessaire de retransmettre votre dossier aux établissements déjà sollicités.

Votre dossier est complet

Vous pouvez rechercher des établissements ou services médico-sociaux et leur envoyer une demande en utilisant le menu "[Annuaire ESMS](#)"

Informations administratives 

Parcours personnel 

Autonomie et vie quotidienne 

Les champs marqués d'un * sont obligatoires.

Enregistré le 06/02/2025 à 16:19

 Enregistrer

 Télécharger le guide

Décrivez vos besoins et vos difficultés *

- Je n'ai ni besoin ni difficulté concernant mon autonomie et ma vie quotidienne
- J'ai des besoins et des difficultés concernant mon autonomie et ma vie quotidienne et je les précise ci-dessous

Je peux indiquer toute aide dont j'ai besoin et/ou toute précision qui me paraît nécessaire.

1. Soins personnels

J'ai besoin d'aide pour

- Me laver M'habiller
- Assurer mon hygiène urinaire et fécale Gérer mon traitement (médicamenteux ou autre)

Précisions sur mes soins personnels

Ex : J'ai besoin d'aide pour me laver les cheveux, j'ai besoin d'être soulevé pour aller aux toilettes, etc.

(Max. 400 caractères)

J'ai besoin d'aide pour

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Faire mes courses | <input type="checkbox"/> Faire le ménage |
| <input type="checkbox"/> Préparer mes repas | <input type="checkbox"/> Manger, boire |
| <input type="checkbox"/> Gérer mon budget / mes tâches administratives | <input type="checkbox"/> Entretien mon linge |

Précisions sur la vie courante/domestique

Ex: Je me fais accompagner par une auxiliaire de vie pour faire mes courses tous les samedis.

(Max. 400 caractères)

3. Mobilité

J'ai besoin d'aide pour

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Me déplacer à l'intérieur | <input type="checkbox"/> Me déplacer à l'extérieur |
| <input type="checkbox"/> Utiliser les transports en commun | <input type="checkbox"/> Monter et/ou descendre les escaliers |
| <input type="checkbox"/> Les transferts (du lit vers un fauteuil, douche, WC...) | |

Précisions sur ma mobilité

Ex : J'ai besoin d'aide pour prendre le métro 3 tous les jours à 9h afin de me rendre à l'ESAT Jean Moulin et à 16h30 afin de rentrer chez moi ; J'ai besoin d'aide pour me déplacer en fauteuil roulant.

4. Besoins pour la vie sociale

J'ai besoin d'aide pour

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Résoudre des problèmes simples | <input type="checkbox"/> Assurer ma sécurité |
| <input type="checkbox"/> Participer à des activités (culturelles, sportives, sorties...) | <input type="checkbox"/> Respecter les règles de vie |

Précisions sur mes besoins pour la vie sociale

Ex : J'ai besoin d'aide pour planifier mes activités dans des lieux différents.
(Max. 400 caractères)

5. Matériel ou équipement

J'utilise un ou plusieurs équipements

- Une canne / un déambulateur Un appareil d'oxygénothérapie
- Un fauteuil roulant manuel ou électrique Un appareil auditif / des lunettes
- Un lit médicalisé

Précisions sur mon matériel ou équipement

Ex: J'utilise un fauteuil roulant manuel, j'utilise un déambulateur/cadre de marche, je porte une prothèse/orthèse, etc.
(Max. 400 caractères)

6. Proches aidants

Précisions sur l'aide apportée à la personne en situation de handicap

Ex: Mon père m'aide à m'habiller, une aide-soignante m'aide à me laver, etc.
(Max. 400 caractères)

Attentes et besoins des aidants

Ex: Mon proche aidant a besoin d'un matériel d'aide au transfert et à la marche (sangle de relevage, alèse de transfert et de retournement, etc.).
(Max. 400 caractères)

Les champs marqués d'un * sont obligatoires.

Enregistré le 06/02/2025 à 16:19

 Enregistrer

 Télécharger le guide

ViaTrajectoire Handicap - Site particulier. v8.1.0.2 (NLB 370 06 Decembre 2024)

[Plan du site](#) | [CGU](#) | [Mentions légales](#) | [Confidentialité](#) | [Foire Aux Questions](#) 
| [Aide](#) | [Accessibilité](#)