



DOSSIER D'ADMISSION **en** **Maison d'Accueil Spécialisée**

Pour :

NOM :

Prénom :

Type d'accueil demandé :

- Hébergement temps plein**

- Accueil de jour : 5 jours par semaine (hors week-end et jours fériés)**

Prise en charge de la personne sur la journée ou demi-journée, ayant pour objectif d'aider les familles dans l'accompagnement de la personne et les soulager dans leur rôle d'aidant, favoriser la sociabilisation de la personne accueillie.

- Accueil temporaire :** (minimum 1 nuitée, maxi 90 nuitées par an)

Prise en charge de la personne sur une durée limitée et/ou sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, ayant pour objectif le maintien de la personne à domicile et permettre une période de répit et de suppléance pour la famille ou l'aidant.



Ce dossier de demande d'admission est commun aux 3 MAS suivantes :

☞ **MAS Le Pré Saint Jacques - EPSMM**
1 chemin de BOUY
BP 70555
CHALONS EN CHAMPAGNE
Tél : 03 26 70 38 05
mail : mas@epsm-marne.fr

☞ **MAS Les Alouettes**
4 rue Maurice RENARD
51000 CHALONS EN CHAMPAGNE
Tél : 03 26 66 85 70
mail : agarcia@mas-lesaouettes.fr

☞ **MAS CAPS**
47, avenue du Général de Gaulle
51000 CHALONS EN CHAMPAGNE
Tél: 03 57 80 03 32
mail: fl.minelli@caps-54-51.com

☞ **MAS Chanzy**
3, rue Edmond BUAT
51000 CHALONS EN CHAMPAGNE
Tél: 03 57 80 03 32
mail: fl.minelli@caps-54-51.com

Un seul dossier est à renseigner et à adresser à l'une des MAS citées ci-dessus.

Les demandes sont traitées en commun afin de répondre au mieux à la situation de la personne.

Après étude du dossier, une réponse adaptée vous sera rendue sur la décision d'admission, ou à défaut, une orientation conseillée et personnalisée en fonction de la pathologie de la personne concernée et du profil de MAS lui correspondant le mieux.

DOCUMENTS À FOURNIR

- 1 photo d'identité
- Copie recto-verso de la carte d'identité, ou à défaut livret de famille, ou extrait de naissance.
- Copie du jugement de mesure de protection juridique
- Copie de la décision d'orientation en MAS délivrée par la MDPH à jour
- Copie de la décision d'attribution de l'AAH délivrée par la MDPH
- Copie de la carte d'invalidité
- Copie de l'attestation de droits de la couverture sociale (CPAM, MSA..)
- Copie recto-verso de la carte de mutuelle ou assurance complémentaire
- Ordonnance de traitement actuel.

Ce dossier comprend trois volets :

- volet administratif
- volet médical
- volet sur la vie de la personne

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

État civil de la personne pour laquelle l'admission est demandée:

Nom:..... Prénoms:.....

Date et lieu de naissance: ... / ... / Âge :

Sexe :..... Nationalité:.....

Situation familiale:..... Mail :.....

Adresse :.....
.....

Téléphone :

Renseignements familiaux complémentaires :

NOM Prénom	Adresse	Téléphone	qualité

Situation actuelle de l'intéressé(e) :

- domicile
- autre établissement (préciser) :

Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence :.....

Qualité :(parent, tuteur, autre...)

Téléphone : Mail :

Personne de confiance :

Qualité :(parent, tuteur, autre...)

Téléphone : Mail :

Établissements fréquentés antérieurement :

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

MESURE DE PROTECTION

L'intéressé est-il bénéficiaire d'une mesure de protection : oui non

Si oui laquelle :

- tutelle habilitation familiale
 curatelle sauvegarde de justice autre :

Date de la mesure:.....

Références tribunal :

RENSEIGNEMENTS MDPH (Maison Départementale pour Personnes Handicapées)

MDPH de :

Adresse :

	Date de fin de validité
Décision d'orientation en MAS	
Carte d'invalidité / taux d'invalidité	
Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)	
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)	
Prestation de Compensation du Handicap	

COUVERTURE SOCIALE ET MUTUELLE

Caisse d'Assurance Maladie : (joindre attestation de droits)

N° de Sécurité Sociale:

Nom et adresse de la Caisse d'Assurance maladie :

.....
.....

CMU : oui non si oui date de fin de droits :

Couverture Maladie Complémentaire : (joindre copie carte de mutuelle)

Nom et N° d'Adhérent:

Nom et adresse de l'organisme:.....

.....

CAF :

N° d'allocataire :.....

Coordonnées de la CAF :

Volet 2 : médical

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (à remplir par le médecin traitant)

NOM: Prénom(s):.....

Date de naissance: ... / ... /

Taille : Poids : IMC :

Médecin Traitant:

Adresse :.....
.....

Téléphone :

TROUBLES ACTUELS DE SANTÉ / NATURE ET CAUSES DU HANDICAP

Histoire de la maladie principale (Résumé – Évolution - Projet) :

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

TRAITEMENT ACTUEL et APPAREILLAGE

Médical : (joindre ordonnance en cours)
.....
.....

Appareillage : existant nécessaire

Autres :
.....
.....

VACCINATIONS

Date du dernier rappel :

- DT Polio:.....
- Hépatite B:.....
- BCG:
- Dernière IDR le :..... Résultat:.....
- Autres:.....

TROUBLES ASSOCIÉS

Cardio-vasculaires : oui Si oui, de quel(s) type(s) non

.....

.....

Locomoteurs : oui Si oui, de quel(s) type(s) non

.....

.....

Pulmonaires : oui Si oui, de quel(s) type(s) non

.....

.....

Digestifs : oui Si oui, de quel(s) type(s) non

.....

.....

Neurologiques : oui Si oui, de quel(s) type(s) non

.....

.....

Gynéco-obstétrique : oui Si oui, de quel(s) type(s) non

.....

.....

Ouïe : oui Si oui, de quel(s) type(s) non

.....

.....

Vue : oui Si oui, de quel(s) type(s) non

.....

.....

		MSD	MSG	MID	MIG	TRONC
Paralysie	Complète					
	Partielle					
Mouvements anormaux						
Spasticité						
Déformation						
Amputations						

Autres troubles : oui Si oui, de quel(s) type(s) non

(comportement, psy, neurologique, neuromoteur, ..)

.....

.....

.....

.....

ANTÉCÉDENTS

Médicaux : oui (Si oui, lesquels) non

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

Chirurgicaux : oui (Si oui, lesquels) non

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

Allergies : oui (Si oui, lesquels) non

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

MÉDECIN SPÉCIALISTE ET PRISE EN CHARGE

Kinésithérapeute : oui non

Fréquence :

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

Coordonnées complètes du spécialiste :

.....
.....

Orthophoniste : oui non

Fréquence :

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

Coordonnées complètes du spécialiste :

.....
.....

Ergothérapeute : oui non

Fréquence :

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

Coordonnées complètes du spécialiste :

.....
.....

Volet 3 : le quotidien

RENSEIGNEMENTS SUR LA VIE DE LA PERSONNE

	OUI	NON	Commentaires
Alimentation et hydratation : <i>fréquence, quantité, texture, moyens</i>			
Dans quelle position prend-elle ses repas ?			
Mange-t-elle de bon appétit ?			
A-t-elle un régime alimentaire particulier ? Lequel ?			
Difficultés à la mastication ?			
Difficultés à la déglutition ?			
A-t-elle déjà fait des fausses routes ?			
Autres			

Les soins d'hygiène :

	Seule	Avec aide	Aide totale	Commentaires
Comment fait-elle sa toilette ?				
Est-elle habituée : <ul style="list-style-type: none"> • Au bain ? • A la toilette au lavabo ? • A la douche ? Chariot douche ? 				
Quelles sont ses réactions dans l'eau ?				
Autonomie à l'habillage et déshabillage ?				
Autres				

L'élimination:

	OUI	NON	Observations
Incontinence urinaire : <ul style="list-style-type: none"> • Diurne • Nocturne • Accidentelle 			
Incontinence fécale: <ul style="list-style-type: none"> • Diurne • Nocturne • Accidentelle 			
A-t-elle des heures régulières pour faire ses besoins ?			
Va-t-elle seule aux toilettes? Tient-elle seule sur les toilettes ? Faut-il un adaptateur ? Faut-il une barre de maintien ?			
Protections / changes complets:			

- Le jour
- la nuit

Le repos :

	OUI	NON	Observations
Reste-t-elle dans son lit à son réveil ?			Heure ?
Recouche-t-on la personne dans la journée ?			Horaires :
S'endort-elle rapidement après le coucher ?			
Que faites-vous pour l'endormir ?			
A-t-elle des positions préférées ?			

La communication :

	OUI	NON	Observations
Verbale			
Non verbale			
Autres, préciser :			

Activités:	OUI	NON	Observations
Capable de s'occuper seule Préfère-t-elle être seule ?			
Quelles sont ses activités favorites?			
Qu'est-ce qui lui fait plaisir ?			
Autres activités occupationnelles d'éveil			

Les Déplacements :

Debout :	OUI	NON	Observations
Marche-t-elle ?			Avec ou sans aide ?
Marche-t-elle avec un déambulateur?			
Se déplace-t-elle en fauteuil?			Manuel ou électrique ?
Peut-elle rester debout?			

Avec appui ?			
--------------	--	--	--

Orientation temporo-spatiale :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Au sol :	OUI	NON	Observations
Reste immobile			
Bouge, mais ne se déplace pas			
Se déplace			
Se relève seule			