



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 :

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE D'ADMISSION

(y compris les modalités souhaitées)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom, qualité et lien de parenté de la personne qui demande l'admission :

.....

.....

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal :

Signature de la personne concernée :

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 :

.....
.....

Psychologue : oui non

Fréquence :

.....
.....

Coordonnées complètes du spécialiste :

.....
.....

Autre spécialiste : oui non

Fréquence :

.....
.....

Coordonnées complètes du spécialiste :

.....
.....

COMPORTEMENT CONSTATÉ ET ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

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

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: <ul style="list-style-type: none"> • 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			