



# Maison d'Accueil Spécialisée

« Le Clos de la Fontaine »

Centre Hospitalier Béclair



Résidence Emeraude



Résidence Rubis



Résidence Saphir

Le dossier d'admission se compose de 4 volets :

- le volet administratif
- le volet médical
- le questionnaire sur l'autonomie
- le recueil du choix et du consentement de l'utilisateur

**Le volet médical sera mis sous enveloppe fournie par la M.A.S.**

**A joindre :**

- Les ordonnances médicamenteuses
- Les ordonnances alimentaires
- Le jugement de tutelle
- Les comptes-rendus médicaux, éducatifs etc
- La notification de la MDPH

## Dossier de demande d'admission

### Confidentiel

Accueil en hébergement complet

Accueil de jour

Observations : .....

.....

Je soussigné, M<sup>me</sup>, M. (*NOM et Prénom*) :

.....

agissant en qualité de.....

sollicite l'admission de :

M<sup>me</sup>, M. (*NOM et Prénom*) :

.....

Né(e) le ..... à.....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Date :.....

Signature : .....

# RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LA PERSONNE HANDICAPEE

Cette partie est à remplir **seulement si la demande concerne l'accueil de jour** :

Vos souhaits :

Accueil de jour  en journée  demi-journée

Combien de jour souhaité : .....

Jour souhaité :

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi

Le repas sera pris à la MAS

Le repas ne sera pas pris à la MAS

Le transport sera organisé par le mandataire judiciaire et/ou la famille

La personne a-t-elle eu une activité professionnelle ?  oui  non

Si oui, laquelle ?

.....  
.....

La personne est retraitée ?  oui  non

Notification C.D.A.P.H. du département .....

Jusqu'au.....

A-t-elle une carte d'invalidité ?.....

Perçoit-elle l'A.A.H. ?  oui  non

A quel taux ?.....

Une allocation compensatrice ou P.C.H. ?  oui  non

Une pension d'invalidité ?  oui  non

Adresse de la Caisse d'Allocations Familiales dont dépend la personne :

.....  
.....

Numéro d'allocataire : .....

Bénéficie-t-elle d'une mesure de protection :



NOM et prénom : .....

Né(e) le .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Profession : .....

**Sa mère**

NOM et prénom : .....

Né(e) le .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Profession : .....

**Ses enfants**

| Nom et Prénom / | Age | Profession le cas échéant |
|-----------------|-----|---------------------------|
|-----------------|-----|---------------------------|

|  |  | Téléphone |
|--|--|-----------|
|--|--|-----------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |

**Ses frères et sœurs**

| Nom et Prénom / | Age | Profession le cas échéant |
|-----------------|-----|---------------------------|
|-----------------|-----|---------------------------|

|  |  | Téléphone |
|--|--|-----------|
|--|--|-----------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |

**Situation actuelle la personne handicapée**

Où et comment est-elle actuellement prise en charge ? Depuis quand ?

.....

.....

.....

.....





# DOSSIER MEDICAL

Les renseignements ci-dessous doivent impérativement être complétés par le médecin habituel et seront appréciés par le médecin référent de la M.A.S. La partie du dossier médical est à renvoyer sous pli cacheté à l'intention du médecin psychiatre de la M.A.S. « Le Clos de la fontaine ».

**Merci d'écrire lisiblement**

Rappeler ici l'identité de la personne

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Quelle est la nature du ou des handicaps ?

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

L'handicap a-t-il été acquis à la naissance ?  oui  non

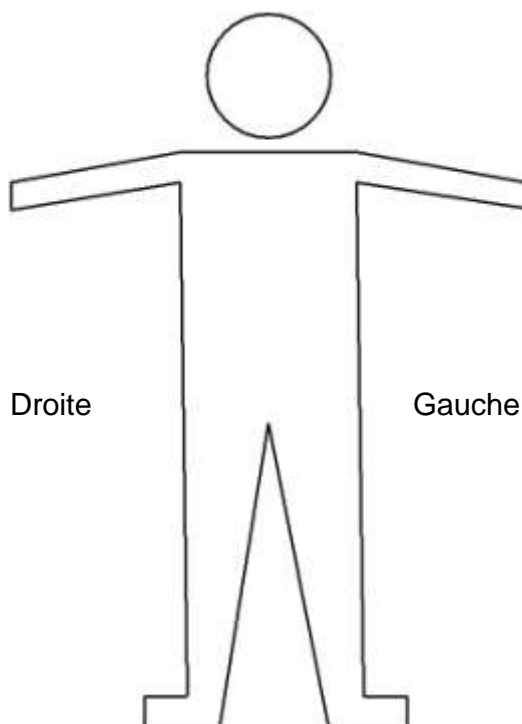
Si non, quand a-t-il débuté ?

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

Quelle en est l'origine ?

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

*Hachurez la ou les parties de la silhouette correspondante(s) au(x) handicap(s)*



## Les handicaps moteurs

- Déficience motrice des membres supérieurs oui non
- Déficience motrice des membres inférieurs oui non
- Déficience motrice à type d'hémiplégie oui non
- Déficience motrice de la tête oui non
- Déficience motrice du tronc oui non
- Autres déficiences (sensibilité, coordination, précisez)

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

## Les handicaps intellectuels

La personne handicapée présente-t-elle un handicap intellectuel ? oui non

Si oui, précisez son importance :

- Déficience légère oui non
- Déficience moyenne oui non
- Déficience profonde oui non

Quel est, si vous le connaissez, son Q.I. ? .....

Présente-t-elle des problèmes de mémorisations ?

- Des faits récents ? oui non
- Des faits anciens ? oui non

S'oriente-t-elle correctement par rapport à la notion :

- De temps ? oui non
- D'espace ? oui non

Sait-elle ?

- Lire ? oui non
- Ecrire ? oui non
- Compter ? oui non

Quel son niveau scolaire ?

.....

A-t-elle des troubles du comportement ? oui non

Si oui, lesquels ?

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

Surtout en famille ?

.....  
.....

Surtout en groupe ?

.....  
.....

Est-elle atteinte d'une maladie mentale ?      oui      non

Si oui, précisez,

.....  
.....

Est-elle ?

- Anxieuse            oui            non
- Angoissée         oui            non
- Confuse            oui            non
- Agressive         oui            non

Présente-t-elle des ?

- Troubles de l'humeur             oui       non
- Troubles de la compréhension  oui       non
- Risques de fugues                 oui       non

Précisez ici toute observation que vous aurez pu faire sur son comportement :

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

### **Les troubles sensoriels**

A-t-elle des déficits au niveau de la vision ?   oui   non

Précisez la nature des troubles :

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

Porte-t-elle des lunettes ?                      oui            non

Porte-t-elle des lentilles de contact ?        oui            non

A-t-elle des déficits au niveau de l'audition ?   oui            non

Précisez la nature des troubles :

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

Porte-t-elle un appareil auditif ? oui non

Parle-t-elle

• Normalement ? oui non

• Avec difficulté ? oui non

• Sa parole est-elle compréhensible ? oui non

• Pas du tout ? oui non

Porte-t-elle une prothèse dentaire ? oui non

• En haut ? oui non

• En bas ? oui non

A-t-elle des troubles de l'équilibre ? oui non

Si oui, nécessite-t-elle ?

• Une béquille oui non

• Un déambulateur oui non

• Un fauteuil roulant oui non

### **Autres troubles associés**

La personne a-t-elle des crises convulsives ? oui non

Quelle en est la fréquence ?

.....  
.....

Prothèse de hanches ? oui non

• A gauche ? oui non

• A droite ? oui non

Autre :

Pace maker ? oui non

Présente-t-elle des escarres ? oui non

Si oui, a quel endroit ?

.....  
.....

Précisez d'éventuelles pathologies associées, les maladies antérieures, les interventions chirurgicales, leurs dates :

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



# EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Cochez pour chaque critère, la case qui correspond le mieux aux capacités de la personne.

## Alimentation

- autonomie complète
- s'alimente seul avec une aide technique
- s'alimente seul avec des aliments préparés (viande coupé par exemple)
- dépendance selon les aliments (solides, liquides, manger à la main ou avec couverts...)
- stimulation importante
- aide totale au repas
- troubles de la déglutition
- alimentation entérale ou parentérale

## Hygiène, toilette

- autonomie complète
- dépendant pour l'installation
- stimulation légère
- stimulation importante
- toilette partielle

## Autonomie sphinctérienne

- totalement continent
- incontinence occasionnelle
- incontinence nocturne
- continence liée à une tierce personne
- incontinence totale
- sonde urinaire, pénilex, change complet, protection anatomique, poche de colostomie

## Habillage

- s'habille et se déshabille seul
- préparation des vêtements (dans un ordre donné, déboutonné, ...)
- aide légère (finir l'habillement, chaussures, boutons, stimulation,...)
- ne s'habille que partiellement
- nécessité d'une tierce personne

## Déplacements

- aucun trouble de la locomotion
- troubles de la marche
- utilise le fauteuil roulant sans aide
- fauteuil électrique
- nécessité d'une tierce personne pour pousser le fauteuil
- grabataire

## Transferts, changements de position

- autonome
- avec une aide technique (potence, adaptation des W.C., appuis...)
- avec une aide humaine : participe à son transfert mais ne pourrait pas le faire seul
- aide totale et permanente

## Capacités intellectuelles

- pas de déficit
- déficit intellectuel léger
- déficit intellectuel moyen
- déficit intellectuel important
- état végétatif

## Capacités de communication et de relations sociales

- autonomie relationnelle, exerce ses choix de communication dans les différents contextes sociaux rencontrés
- a des relations sociales, une ouverture aux autres dans un milieu protégé (établissement, famille, amis,...)
- a des relations de dépendance (passivité, besoin d'être materné, opposition...)
- communique par des cris, gestes, stéréotypies... (soulignez le qualificatif correspondant)
- ne communique pas

## Communication

Langage :

- aphasique
- logorrhéique
- mutique
- autonomie relationnelle, exerce ses choix de communication dans les différents contextes sociaux rencontrés
- a des relations sociales, une ouverture aux autres dans un milieu protégé (famille, ami, service de soins...)
- a des relations de dépendance (passivité, besoin d'être materné, opposition....)
- communique par cris, gestes, stéréotypies (soulignez le terme qui convient)
- ne communique pas

Langue parlée : .....

## Sommeil

- dort sans problème
- agité
- barrières de lit

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....



## Besoins médicaux et paramédicaux

|                       | Pas d'intervention | Soins épisodiques ou légers | Suivi d'entretien | Soins importants |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------|------------------|
| Surveillance médicale |                    |                             |                   |                  |
| Soins infirmiers      |                    |                             |                   |                  |
| Kinésithérapie        |                    |                             |                   |                  |
| Ergothérapie          |                    |                             |                   |                  |
| Balnéothérapie        |                    |                             |                   |                  |
| Diététicienne         |                    |                             |                   |                  |
| Autre (citez)         |                    |                             |                   |                  |

Si besoins, précisez (soins particuliers, localisation...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom et qualité de la personne ayant rempli le dossier médical :

.....

.....

Date : .....

Signature : .....

