



MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE – « LES COLLINES » (MAS) DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

1 DOSSIER MEDICAL p.2

2 FICHE SOCIALE p.6

3 FICHE D'AUTONOMIE p.8

4 APPRENTISSAGE ET EXPERIENCE PROFESSIONNELLE p.12

PIECES A FOURNIR

- Notifications MDPH (orientation, cartes, AAH...)
- Bilan éducatif (si actuellement en établissement médico-social)
- 1 photocopie de la carte d'identité, du passeport ou du titre de séjour
- 1 photo d'identité

Merci de compléter tous les documents

1. DOSSIER MEDICAL

A compléter par un médecin

IDENTITE

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Lieu :

Adresse de la famille :

.....

Téléphone :

Courriel :

ORIGINE DU HANDICAP

A quel âge :

De quel type :

Aggravations:

CHRONOLOGIE SUCCINCTE DES PLACEMENTS

.....

.....

ETAT GENERAL

Taille : Poids : T.A. :

NATURE DU HANDICAP PRINCIPAL

.....

.....

.....

.....

.....

HANDICAP NEUROPSYCHOLOGIQUE

- Déficience intellectuelle :
Q.I :
 - Détérioration ou démence :
 - Troubles de la mémoire :
 - Trouble du langage : OUI NON
- Préciser :

COMITIALITE

- Type de crises :
.....
.....
.....
- Fréquence actuelle :
- Conséquences des crises :
 - Blessures :
 - Fractures :
 - Etat confusionnel :
 - Perte d'urine fréquente :
 - Autres :
- Traitement actif en cas de crises en séries :
- Traitement actuel :

- Traitements essayés :
- Dosages :

- Surveillance particulière (nf, ...) :

- Examens neuroradiologiques :
- Résultats des E.E.G :

- Autres renseignements utiles :

HANDICAP PSYCHIATRIQUE

- Etat névrotique
- Etat psychotique
- Etat déficitaire
- Autres

Préciser :

AUTRES AFFECTIONS (cardiovasculaire, uro-génitale, digestive, etc...) :

Cause :

Nature des troubles, signes associés :

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

INTOLERANCES – ALLERGIES

Nom et qualité du médecin ayant rempli ce dossier (adresse, téléphone et mail)

Date :

Signature et tampon

2. FICHE SOCIALE

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR :

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance : le

à

Nationalité :

Situation civile :

Adresse :

Téléphone :

courriel :

SA FAMILLE :

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION
PERE :				
MERE :				
CONJOINT :				
Mariage le : Divorce le : Séparation le : Remariage le :				
FRATRIE :				

Adresse des parents :

Téléphone des parents :

Courriel :

Adresse du conjoint :

Téléphone du conjoint :

Courriel :

SES PLACEMENTS INSTITUTIONNELS

Adresses des Centres	Dates des placements

SA SITUATION ADMINISTRATIVE :

- Organisme de prise en charge (nom et adresse précis) :

- Assuré :
- N° d'immatriculation :
- Exonération du ticket modérateur avec fin de droits :
- Mutuelle complémentaire (nom et adresse précis, N° d'adhérent, N° de téléphone)

JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'ASSURE SOCIAL

- **Ressources** (préciser la nature : A.E.E.H., A.A.H., I.J., Pension d'Invalidité, ...) :
 - Le N° d'allocataire ou de pension :
 - L'organisme payeur (adresse précise) :

- La date d'échéance :

- **Mesure de protection aux Incapables Majeurs** (préciser Tutelle, Curatelle, Sauvegarde de Justice..., ainsi que les coordonnées de la personne qui exerce cette mesure)

SERVICES SOCIAUX

Préciser éventuellement le nom et l'adresse de l'Assistante Sociale que vous connaissez :

3. FICHE D'AUTONOMIE

LEGENDE : AS = à stimuler

COMPORTEMENT		MEMOIRE	
Conscience de son état :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Désinhibition :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Douleurs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Agressivité :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Plaintes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angoisse :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Prise d'initiative	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fugue :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles de l'attention :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Comportements répétitifs :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Suicidaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Autres :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Passé , se souvient de son histoire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>
		Présent , oublie à mesure :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>
		Visages , reconnaît les personnes :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>

COMMUNICATION	ORIENTATION
Compréhension du langage :	Dans le temps : aide technique
parlé :	agenda
écrit :	autres : à préciser
Mode d'expression :	
verbal :	Spatiale : totale <input type="checkbox"/>
gestuel :	Partielle <input type="checkbox"/>
écrit :	Fiable dans un lieu inconnu :
	Fiable dans un lieu connu :
Code de communication : lequel ?	N'est jamais fiable :
ardoise <input type="checkbox"/>	
synthèse vocale <input type="checkbox"/>	

LEGENDE : AS = à stimuler

TOILETTE		INDEPENDANCE	
Toilette au lavabo :	Seul <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Aide Totale <input type="checkbox"/>	Au lit :	
Toilette dans une baignoire :	Seul <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Aide Totale <input type="checkbox"/>	Potence :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nécessite un appareil adapté :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Manette de commande :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Se Raser Seul :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	Se retourne seul au lit :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rasoir Electrique :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Peut s'asseoir :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Manuel :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si danger	
Se Brosser Les Dents Seul :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	peut-il appeler au secours par	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Brosse Manuelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sonnette :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Electrique :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Crier :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Se Coiffer Seul :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	A-t-il conscience du danger ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Peigne :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nécessité de contention (barrières, sangles...) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Brosse :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Au fauteuil :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Au lit :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

HABILLAGE			
Habillage	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Aide Totale	De mettre ses chaussures	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Déshabillage :	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Aide Totale	Capable de se boutonner	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Appareil orthopédique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS			
Indépendant :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Passage :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Debout au bord du lit :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Aide technique :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Potence :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Lève-personne :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Autre :			
Marche :			
Sans appareil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Utilisation d'aides (cannes, cadre de marche, etc...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Avec surveillance	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Possible sur terrain plat, lieux fréquentés :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Sait tomber en se protégeant, se relever :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Durée d'autonomie de marche :			
Vélo :			
Normal :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Aménagé :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Fauteuil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Manœuvres possibles :			
Quel type :			
Utilisation du frein :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Autonomie Eventuelle De Transfert :			
Passage d'un fauteuil au lit, à la chaise, dans une baignoire, voiture, aux W-C. :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>
Faut-il une aide indispensable ?			
Dans quel cas ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	AS <input type="checkbox"/>

ALIMENTATION		ELIMINATION	
Repas :		Contenance urinaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Alimentation	Variée <input type="checkbox"/> Sélective <input type="checkbox"/>	si non	
Nécessite une alimentation mixée :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/>	
Pour manger :	Seul <input type="checkbox"/> Aide Partielle <input type="checkbox"/> Aide Totale <input type="checkbox"/>	couche	
Mange correctement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/>	
Peut se servir à manger ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	penilex	
à boire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/>	
Utilise des couverts :	Simple <input type="checkbox"/> Adaptés <input type="checkbox"/>	Contenance fécale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Peut couper ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	si non	
Difficultés de déglutition (aliment solide, liquide) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/>	
Appétit :		WC	jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>
Régime éventuel :		Chaise percée	jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>
		Bassin	jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>
		Urinal	jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>

4. APPRENTISSAGE ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

SA SCOLARITÉ

- Age de fin de scolarité :
- Niveau atteint :
- Diplômes obtenus :
- Sait écrire :
- Sait lire

SON PASSE PROFESSIONNEL

Préciser la nature de l'emploi, nom et adresse de l'employeur, dates :

ACTIVITÉS OCCUPATIONNELLES

Culture : (télévision, musique, photo, écriture...) :

Travaux manuels (lesquels) :

Les sports pratiqués (cheval, piscine, marche...) :

Sorties / voyages:

Loisirs (autres) :