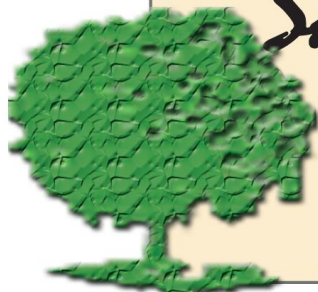


Le
Pré
aux
Saules



Maison d'Accueil Spécialisée

B.P. n° 8
08160 ETREPIGNY

☎ : 03.24.52.40.20

📠 : 03.24.52.40.19

Admission

Confidentiel

Je soussigné, Mme, Mr

Agissant en qualité de

Sollicite l'admission à la Maison d'Accueil Spécialisée "Le Pré aux Saules" de :

Mme, Mlle, Mr(nom du résident)

Prénom

Né(e) le A

Adresse

.....

Téléphone :

Date : Signature :

Renseignements Administratifs
(concernant le résidant)

Bénéficie t-il (elle) d'une notification d'orientation en MAS de la CDAPH? Oui Non

CDAPH du département de :

Echéance : __\ - __\ - _____\

A t'il une carte d'invalidité ? Oui Non

Perçoit-il (elle) la PCH ? (Protection des du handicap) Oui Non

Si Oui :
 Aide technique
 Autre nature (à préciser)

Perçoit-il (elle) l'A.A.H. ? Oui Non

A quel taux ?

Une allocation compensatrice? Oui Non

Une pension d'invalidité ? Oui Non

Adresse de la Caisse d'Allocations Familiales dont dépend le résidant :

.....

Numéro d'affiliation :

Bénéficie t-il (elle) de la Sécurité Sociale ? Oui Non

A titre personnel ? Oui Non

Par ses parents ? Oui Non

Numéro d'immatriculation :

Adresse de l'organisme :

.....

A-t-il (elle) une mutuelle complémentaire ? Oui Non

Adresse de l'organisme ?

.....

Sa Famille

Remplissez les cadres qui correspondent le mieux à la situation de la personne.

Son conjoint :

Nom et prénom : Né(e) le : __\| - __\| - __\|

Adresse :

Profession :

Son père :

Nom et prénom : Né le : __\| - __\| - __\|

Adresse :

Profession :

Sa mère :

Nom et prénom : Né le : __\| - __\| - __\|

Adresse :

Profession :

Ses enfants :

Nom et prénom	Age	Profession le cas échéant
.....
.....
.....
.....
.....

Ses frères et sœurs :

Nom et prénom	Age	Profession le cas échéant
.....
.....
.....
.....
.....

Situation Actuelle

Où est-il (elle) pris(e) en charge ? Oui Non
Comment est-il(elle) pris(e) en charge ?

.....
Par qui ?

Quels sont les moyens techniques mis à sa disposition ?

.....

La Prise en Charge Souhaitée

Souhaitez-vous :

Un accueil permanent ? Oui Non

Un accueil de jour ? Oui Non

Un accueil temporaire ? Oui Non

Dates souhaitées :

Un accompagnement à domicile (permettant à la fois l'organisation de sorties, d'activités et d'un soutien). Oui Non

(Notez que l'accueil de jour et l'accompagnement à domicile par notre service SESADORA sont compatibles entre eux, ainsi qu'avec l'accueil temporaire).

En cas de demande par un service social, la famille est-elle avertie ? Oui Non

Est-elle en accord avec la démarche entreprise ? Oui Non

Les Placements Antérieurs

Indiquez les noms et adresses des établissements où le résidant aurait été éventuellement placé, en indiquant les dates :

.....

.....

.....

Raisons qui motivent la demande

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

Service Social qui suit la famille

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

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : Prénom :
Lien de parenté : N° de téléphone :

Nom : Prénom :
Lien de parenté : N° de téléphone :

Dossier Médical

**Cette partie est à renvoyer sous pli
cacheté à l'attention du médecin de
l'établissement.**

Les renseignements ci-dessous doivent être impérativement complétés par le médecin habituel et seront appréciés par la commission départementale des maisons d'accueil spécialisées pour vérifier la conformité de la demande par rapport à leur agrément.

**Merci d'écrire
lisiblement**

Rappeler ici l'identité du résident :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

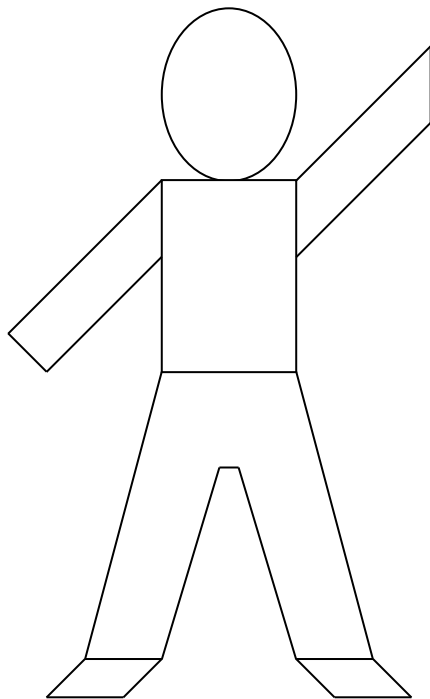
Quelle est la nature du ou des handicaps ?

Le handicap a-t-il été acquis à la naissance ?

Si non, quand a-t-il débuté ?

Quelle en est l'origine ?

.....



Hachurez les parties de la silhouette
correspondant au handicap.

Gauche

Droite

LES HANDICAPS MOTEURS :

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

LES HANDICAPS INTELLECTUELS :

- Le résidant présente t-il un handicap intellectuel ? Oui Non
- Si oui, soulignez ci-dessous son importance
 - déficience légère
 - déficience moyenne
 - déficience sévère

- Quel est, si vous le connaissez, son Q.I. ?.....
- Présente t-il des problèmes de mémorisation des faits récents ?.....
- des faits anciens ?.....
- S'oriente t-il(elle) correctement par rapport à la notion de temps ?.....
- d'espace ?.....

- Sait-il(elle) : Lire ?..... Ecrire ?..... Compter ?.....
- Quel est son niveau scolaire ?.....

- A-t-il(elle) des troubles du comportement ? Oui Non
- Si oui, lesquels ?.....

- Est-il(elle) atteint d'une maladie mentale ? Oui Non
- Si oui, précisez :
- A-t-il(elle) un caractère difficile ? Oui Non
- Surtout en famille.....
- Surtout en groupe.....
- Est-il(elle) calme ou agité, renfermé ou expansif, doux ou violent ?
- (entourez les qualificatifs qui conviennent).
- Précisez ici toute observation que vous aurez pu faire sur son caractère :
-
-
-

LES TROUBLES SENSORIELS :

- A-t-il(elle) des déficits au niveau de la vision ? Oui Non
- Précisez la nature des troubles :
-
- Porte t-il(elle) des lunettes ? Oui Non
- A-t-il(elle) des déficits au niveau de l'audition ? Oui Non
- Précisez la nature des troubles :
-
- Porte t-il(elle) un appareil auditif ? Oui Non

- Parle t-il(elle) normalement ?.....avec difficulté ?.....
Pas du tout ?sa parole est-elle compréhensible ?
- A-t-il(elle) des troubles de l'équilibre ? Oui Non

AUTRES TROUBLES ASSOCIES :

- Le résidant a t-il des crises convulsives ? Oui Non
- Quelle en est la fréquence ?

- Préciser d'éventuelles pathologies associées, les maladies antérieures, les interventions chirurgicales, leurs dates.....
-
-
-
-

LA THERAPEUTIQUE :

- Préciser ci-dessous les traitements entrepris actuellement (thérapeutique, prestations paramédicales...)
-
-
-
-
-
-

Evaluation de l'Autonomie

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

ALIMENTATION :

- autonomie complète
- s'alimente seul avec une aide technique. Laquelle :
.....
- s'alimente seul avec des aliments préparés (viande coupée par ex.) Précisez :
.....
- dépendance selon les aliments (solides, liquides, mangés à la main ou avec
couverts...) Précisez :
.....
- stimulation importante. Sous quelle forme :
.....
- aide totale au repas
- troubles de la déglutition. Avec quel aliment :
- sonde gastrique, alimentation parentérale... Précisez :

HYGIENE, TOILETTE :

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

AUTONOMIE SPHINCTERIEUNE :

- totalement continent
- incontinence occasionnelle
- incontinence nocturne
- continence liée à une tierce personne
- incontinence totale
- sonde urinaire, pénilex

HABILLAGE :

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

DEPLACEMENTS :

- aucun trouble de la locomotion
 - troubles de la marche. Précisez :
 - utilise un fauteuil roulant sans aide
 - fauteuil électrique
 - nécessité d'une tierce personne pour pousser le fauteuil
 - grabataire.
- Date d'acquisition du fauteuil :
.....

TRANSFERTS, CHANGEMENTS DE POSITION :

- autonome
- avec aide technique (potence, adaptation WC)
- avec aide humaine : participe à son transfert mais ne pourrait le faire seul
- aide totale permanente

CAPACITES INTELLECTUELLES :

- pas de déficit intellectuel ni troubles psychiques
- déficit intellectuel léger
- déficit intellectuel moyen
- déficit intellectuel important
- état végétatif

CAPACITES 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...)
- à des relations de dépendance (passivité, besoin d'être materné, opposition...)
- déficit intellectuel important
- communique par cris, gestes, stéréotypies...(soulignez)
- ne communique pas

Besoins Médicaux et Paramédicaux

	Pas D'intervention	Soins Episodiques Ou légers	Suivi D'entretien	Soins Importants
SURVEILLANCE MEDICALE				
SOINS INFIRMIERS				
KINESITHERAPIE				
ERGOTHERAPIE				

Si besoin, merci de préciser les autres types d'interventions nécessités par l'état de la personne :

.....

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

.....

Date :

Signature :