

DOSSIER D'ADMISSION

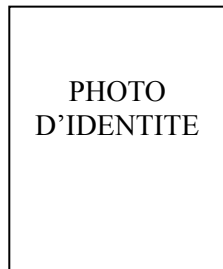
- Renseignements administratifs p 2
- Habitudes de vie et projet d'animation p 5
- Suivi médical p 12

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ACCUEIL INTERNAT

ACCUEIL de JOUR

Précisez la période :



I. ETAT CIVIL

NOM :..... **Prénom** :.....

NOM de jeune de fille :

Date et Lieu de naissance :

Adresse du dernier domicile :

.....
.....

Tel : **Tel portable** :

Situation de famille :

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)/Séparé(e)
- Veuf (ve)
- Vie maritale

Nombre d'enfants :

Coordonnées du demandeur (si différente) :

.....
.....

Tel :

Adresse de la famille ou d'un proche (si différente) :

.....
.....

Tel :

Coordonnées de(s) la/les personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

1/.....
.....

Tel :

2/.....
.....

Tel :

3/.....
.....

Tel :

II. ADMINISTRATIF

Régime de sécurité sociale :

N° Sécurité sociale : Validité 100% :

Coordonnées :
.....

.....

Tel :

Mutuelle /complémentaire santé:

N° Adhérent :

Coordonnées :
.....

.....

Tel :

Mesure de protection :

- Tutelle
- Curatelle
- Curatelle Renforcée
- Sauvegarde de Justice

NOM ou Organisme tuteur ou curateur :

Coordonnées :
.....

.....

Tel :

Si vous n'êtes pas sous mesure de protection, merci de préciser les coordonnées de la personne responsable pour les règlements :

.....
.....

Tel :

Situation actuelle :

- Logement indépendant
 Logement familial
 Établissement Lequel :.....
 Autre

Décès : (voir en fin de document)

- Directives anticipées : Oui Non
Contrat obsèques : Oui Non

III. Pièces à joindre obligatoirement (cocher les cases):

- Copie de la notification MDPH orientation MAS
- Copie de la carte d'invalidité
- Copie du jugement de la mesure de protection
- Copie de la notification d'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé
- Copie des cartes de sécurité sociale CMU ou/et de mutuelle
- Attestation d'assurance responsabilité civile renouvelable tous les ans
- Copie de la carte d'identité
- 2 photos d'identité
- Copie de l'ordonnance précisant le traitement en cours
- Autorisation d'intervention en cas d'urgence
- Carnet de vaccinations
- Résumé des antécédents médico-chirurgicaux
- Résumé écrit des habitudes de vie et des modes de communication
- Droit à l'image : autorisation de captation et de diffusion du majeur protégé

Tout dossier incomplet ne pourra être étudié en commission.

Le fait de remplir ce dossier ne constitue pas un engagement, ni pour vous, ni pour la MAS Marie Alle

HABITUDES DE VIE ET PROJET D'ANIMATION

NOM Prénom :
Rempli le :

Date de naissance :
Par :



Vos passions et loisirs :

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vos souhaits en matière d'activités :

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Description de votre projet de vie : (en quelques lignes)

Description de vos relations aux autres :

Pratiquez-vous régulièrement une activité : OUI NON
Si oui laquelle ?.....
Savez-vous nager ? OUI NON

TACHES MENAGERES

Le résident est capable de :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mettre la table | <input type="checkbox"/> Prendre les vêtements dans l'armoire |
| <input type="checkbox"/> Débarrasser la table | <input type="checkbox"/> Prendre soin des plantes |
| <input type="checkbox"/> Nettoyer la table | <input type="checkbox"/> Prendre soin des animaux |
| <input type="checkbox"/> Balayer | <input type="checkbox"/> Faire ses tartines |
| <input type="checkbox"/> Changer les draps | <input type="checkbox"/> Autres..... |

FICHE D'AUTONOMIE

A : Autonome - AP : Aide partielle - AT : Aide totale

	A	AP	AT	Aide technique utilisée et observations
TRANSFERTS				
Assis – assis				
Assis – debout				
HYGIENE				
Toilette du haut				
Toilette du bas				
Toilette intime				
Shampooing				
Pédicure				
Manucure				

DOUCHE

A : Autonome - AP : Aide partielle - AT : Aide totale

Se mouille	<input type="checkbox"/>	Se savonne seul	<input type="checkbox"/>	Se rince seul	<input type="checkbox"/>
Se sèche seul	<input type="checkbox"/>	Ouvre le robinet seul	<input type="checkbox"/>	Ferme le robinet	<input type="checkbox"/>
Règle la température de l'eau	<input type="checkbox"/>	Utilise un gant	<input type="checkbox"/>	Utilise les produits de façon appropriée	<input type="checkbox"/>

Soins d'apparence				
Rasage à la main				
Rasage électrique				
Se laver les dents				
Nettoyer le dentier pastille + brossage				
Colle à dentier				

HABILLAGE				
Haut				
Bas				
Choisir ses habits				
DESHABILLAGE				
Haut				
Bas				

REPAS				
Porter à la bouche				
Couper les aliments				
ACTIVITES DE LA VIE COURANTE				
Ouvrir et fermer la porte				
Fermer à clef				
Utiliser une sonnette d'appel				
Lire l'heure				
Se souvenir d'un rendez-vous				

APPAREILLAGE :

*** Cocher les cases correspondantes**

Pacemaker

Appareillage Auditif	<input type="checkbox"/>
Oreille droite	<input type="checkbox"/>
Oreille gauche	<input type="checkbox"/>
Les 2 oreilles	<input type="checkbox"/>

Dentier	<input type="checkbox"/>
Dentier Haut	<input type="checkbox"/>
Dentier Bas	<input type="checkbox"/>
Dentier Complet	<input type="checkbox"/>

Autres	<input type="checkbox"/>
Lunettes.	<input type="checkbox"/>
Bas de contention	<input type="checkbox"/>
Chaussettes contention	<input type="checkbox"/>
Casque protection	<input type="checkbox"/>
Semelles orthopédiques	<input type="checkbox"/>
Chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/>

SOMMEIL

Heure du lever :

Heure du coucher :

Normal	<input type="checkbox"/>
Léger	<input type="checkbox"/>
Agité	<input type="checkbox"/>
Lourd	<input type="checkbox"/>
Avec aide médicamenteuse	<input type="checkbox"/>

A des angoisses nocturnes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
A peur de l'obscurité	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Se lève la nuit	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Fait la sieste	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Notes à propos du sommeil

.....

.....

.....

ALIMENTATION**HYDRATATION :**

Mixé	<input type="checkbox"/>	Y arrive tout seul	<input type="checkbox"/>
Coupé fin	<input type="checkbox"/>	A un épaississant	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	A besoin d'une aide partielle	<input type="checkbox"/>
Régime : Lequel :	<input type="checkbox"/>	A besoin d'une aide totale	<input type="checkbox"/>
Petite fourchette pour manger	<input type="checkbox"/>	A un verre adapté	<input type="checkbox"/>
Cuillère à soupe pour manger	<input type="checkbox"/>		

Notes : ex : explication du régime

.....

.....

.....

.....

Que prend il pour le petit déjeuner ?

.....

.....

.....

ELIMINATION**URINES**

Autonome	<input type="checkbox"/>		
Incontinence le jour	<input type="checkbox"/>	Continence si on l'accompagne aux WC	<input type="checkbox"/>
Incontinence nocturne	<input type="checkbox"/>		
Sonde urinaire à demeure	<input type="checkbox"/>	Pistolet	<input type="checkbox"/>
		Pénilex	<input type="checkbox"/>

SELLE

Elimination normale	<input type="checkbox"/>	Avec laxatifs	<input type="checkbox"/>	
Autonome	<input type="checkbox"/>	Incontinence partielle	<input type="checkbox"/>	Incontinence totale
Bassin	<input type="checkbox"/>	Colostomie	<input type="checkbox"/>	

CHANGE COMPLET

Protection le Jour	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Protection la Nuit	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Menstruations	Gère ses menstrues	<input type="checkbox"/>	Régulières	<input type="checkbox"/>	Irrégulières	<input type="checkbox"/>	Douloureuses	<input type="checkbox"/>
	Aide pour penser aux changes	<input type="checkbox"/>	Ménopausée	<input type="checkbox"/>				

MOBILITE

Autonome	<input type="checkbox"/>		
Marche avec aide	<input type="checkbox"/>	Marche avec l'aide d'un tiers	<input type="checkbox"/>
Marche avec un déambulateur	<input type="checkbox"/>	Marche avec une canne	<input type="checkbox"/>
Se déplace en fauteuil roulant seul	<input type="checkbox"/>	Se déplace en fauteuil roulant avec l'aide d'un tiers	<input type="checkbox"/>
Se déplace pour de longues marches en fauteuil roulant			<input type="checkbox"/>

Fatigabilité : Oui Non

CONFORT - SECURITE

Autonome	<input type="checkbox"/>	Besoin d'aide partielle	<input type="checkbox"/>	Besoin d'aide totale	<input type="checkbox"/>
Barrières de lit	<input type="checkbox"/>	D'un sol côté	<input type="checkbox"/>	Des deux côtés	<input type="checkbox"/>
Contention au fauteuil	<input type="checkbox"/>	Aide au changement position	<input type="checkbox"/>		
Protocole joint	<input type="checkbox"/>	Personne en capacité d'alerter	<input type="checkbox"/>		

Notes en rapport au confort et sécurité :

.....

.....

.....

.....

MATRIEL A UTILISER

N'a pas besoin de matériel spécifique

Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	Spécial Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Barrières	<input type="checkbox"/>
Lève malade	<input type="checkbox"/>	Béquilles	<input type="checkbox"/>	Canne	<input type="checkbox"/>
Coussin anti-escarres	<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Fauteuil garde robe	<input type="checkbox"/>		

Autres matériels utilisés

.....

RELATION/COMMUNICATION

Comment la personne communique-t-elle ?

.....

.....

.....

Langage verbal utilisé <input type="checkbox"/>	Compréhension langage écrit <input type="checkbox"/>	Besoin d'aide totale <input type="checkbox"/>
---	--	---

Notes langage et communication

.....

.....

.....

Propos confus <input type="checkbox"/>	Difficultés spatiales <input type="checkbox"/>	Désorientat° temporelle <input type="checkbox"/>
Difficulté d'audition <input type="checkbox"/>	Difficulté de compréhension <input type="checkbox"/>	Difficulté de vision <input type="checkbox"/>
Hallucinations <input type="checkbox"/>	Difficulté d'articulation <input type="checkbox"/>	Cris <input type="checkbox"/>

Rapport au tabac

Fumeur

NON Fumeur

Notes en rapport au tabac

.....

.....

.....

	Sans aide	Aide partielle	Aide totale
Gestion de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relations sociales :

La personne montre t-elle un intérêt pour les autres ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Participe t-elle à des activités de groupe ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Cherche t-elle à se faire des amis ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Présente t-elle des difficultés d'ajustement dans ses relations (peur des étrangers, se montre trop familier avec son entourage...) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Vie affective et intime

La personne a t-elle déjà partagée une relation de couple ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
La personne a t-elle besoin d'une relation affective privilégiée ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Préciser.....		
.....		

COMPORTEMENT

A un objet fétiche OUI Lequel :..... NON
 A des rituels OUI Lequel :..... NON

A tendance à fuguer OUI NON
 A tendance à errer OUI NON

La personne est sujette :
 Aux délires OUI NON
 Aux hallucinations OUI NON
 Aux phobies (eau, chien, feu, foule...) OUI NON

Lesquelles :

.....
 Peut se mettre en danger OUI NON
 N'a pas conscience du danger OUI NON

NOTES :

.....

.....

.....

AGRESSIVITÉ

Envers lui même Envers les autres

Il comprend le renforcement positif OUI NON

Nature de l'agressivité.

Situation ou mots qui peuvent déclencher une crise de colère ou d'agressivité, d'angoisse

Quels sont les mots ou les situations qui peuvent le calmer

Est fatigable OUI NON

Peut soutenir son attention de façon prolongée OUI NON

NOTES IMPORTANTES A RAJOUTER LE CAS ECHEANT

.....

.....

.....

.....

.....

SUIVI MEDICAL

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

PHOTO
D'IDENTITE

SUIVI MEDICAL

Médecin traitant : Choix du médecin généraliste

Médecin référent dans la structure : Dr Papailhau

Médecin traitant habituel (à condition qu'il se déplace)
Veillez indiquer son NOM
son N° Tél :

Médecin spécialisé : A remplir uniquement pour les résidents en hébergement complet

Suivi spécialisé Oui Non
Si oui, spécialité
- **NOM**
- **NOM**
- **NOM**
- **NOM**

CERTIFICAT DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**tous les renseignements médicaux sont confidentiels et doivent être remplis impérativement par le médecin traitant de l'intéressé(e).*

Nom :

Prénom :

Sexe : Homme Femme

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

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

Nature de la maladie ou accident ayant provoqué le handicap physique :

Maladie :

Acquise : oui non

Héréditaire : oui non

Congénitale : oui non

Date de début :/...../.....

Accident :

Type :

Date :/...../.....

Histoire complète de la maladie :

Joindre les photocopies (comptes-rendus d'hospitalisation, différents bilans réalisés, interprétations radiographiques).

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

Tendance évolutive

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

Antécédents familiaux

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

Etat général actuel

Poids : Taille : Régime :

Vaccination : Groupe sanguin : Rhésus :

Allergie médicamenteuse

Allergie alimentaire.....

Etat clinique actuel

Examen neurologique :

Paralysie :

Flasque oui non

Spasmodique : oui non

Périphérique : oui non

Niveau d'atteinte médullaire :

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

Troubles moteurs :

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

Mouvements anormaux :

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

Troubles de la sensibilité :

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

Crises d'Epilepsie : oui non

Si oui : Fréquence :

Dernière crise :

Traitement spécifique :

.....

Troubles sensoriels :

Vue : oui non

Nature

.....

Correction

.....

Audition : oui non

Nature

Correction

.....

Parole : oui non

Nature

Correction

.....

Examen respiratoire

Capacité respiratoire : normale diminuée

Affection respiratoire chronique.....

Trachéotomie : oui non

Ventilation : oui non

Oxygénothérapie : oui non

Examen cardiaque

TA :

Troubles du rythme : oui non

Insuffisance cardiaque : oui non

Troubles coronariens : oui non

Artérites des MI : oui non

Phlébites : oui non

Autres :

Examen appareil digestif

Troubles de mastication : oui non

Troubles de déglutition : oui non

Gastrotomie : oui non

Troubles du métabolisme

Diabète : oui non - ID : oui non

Dyslipidémie: oui non

Régime spécifique :

.....

Incontinence anale : permanent oui non - accidentelle oui non

Constipation : oui non

Traitement actuel :

Examen appareil urinaire

Insuffisance rénale : oui non

Clairance creat :

.....

Incontinence vésicale permanent oui non - accidentelle oui non

② Sondages Auto-sondage Fréquence

.....

② Penilex : oui non Système fixation :

.....

② Sonde vésicale à demeure : oui non

② Sonde numéro :

.....

.....

② Dérivation urinaire : oui non - Type

.....

Examen cutané

② Atrophies : oui non - Localisation :

② Escarres : oui non - Localisation :

Etat psychique (Journal compte rendu psychologique/ et ou neuropsychologie)

Troubles liés au handicap

Troubles indépendants de l'handicap

Diagnostic psychiatrique :

.....

.....

.....

Séjours en centres spécialisés : oui non (*joindre photocopies CR de séjours*)

Etat actuel :

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

Traitement actuel

Médical :

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

Soins infirmiers

.....
.....

Kinésithérapie

.....
.....

Autre

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

Nom et adresse du Médecin référent

Signature

Prière de joindre sous pli confidentiel à l'attention du Médecin de l'Etablissement le présent certificat, les comptes-rendus et le détail des prescriptions médicales.