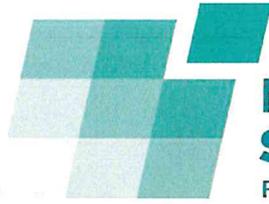


**MAISON D'ACCUEIL
SPÉCIALISÉE MARIE ALLE**
FONDATION BON SAUVEUR D'ALBY

DOSSIER D'ADMISSION

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



**MAISON D'ACCUEIL
SPÉCIALISÉE MARIE ALLE**
FONDATION BON SAUVEUR D'ALBY

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ACCUEIL INTERNAT

ACCUEIL DE JOUR

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

PHOTO
D'IDENTITE

Précisez la période :

✓ **ÉTAT 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 :

Mail :

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

.....
.....

Tel :

Mail :

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

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

Tel :

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

Tel :

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

Tel :

✓ **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 :

Mail :

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

.....
.....

Tel :

Mail :



MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE MARIE ALLE

FONDATION BON SAUVEUR D'ALBY

HABITUDES DE VIE ET PROJET D'ANIMATION

NOM Prénom :

Date de naissance :

Rempli le :

Par :

PHOTO
D'IDENTITE

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 :

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.....	<input type="checkbox"/>

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				
Shampoing				
Pédicure				
Manucure				

DOUCHE

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

Se mouille		Se savonne seul		Se rince seul	
Se sèche seul		Ouvre le robinet seul		Ferme le robinet	
Règle la température de l'eau		Utilise un gant		Utilise les produits de façon appropriée	

	A	AP	AT	Aide technique utilisée et observations
Soins d'apparence				
Rasage à la main				
Rasage électrique				
Se laver les dents				
Nettoyer le dentier pastille + brossage				
Colle à dentier				

HABILLAGE	A	AP	AT	Aide technique utilisée et observations
Haut				
Bas				
Choisir ses habits				
DÉSHABILLAGE				
Haut				
Bas				

REPAS	A	AP	AT	Aide technique utilisée et observations
Porter à la bouche				
Couper les aliments				
ACTIVITÉS 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	
Oreille droite	<input type="checkbox"/>
Oreille gauche	<input type="checkbox"/>
Les 2 oreilles	<input type="checkbox"/>

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

Autres	
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	NON
A peur de l'obscurité	OUI	NON
Se lève la nuit	OUI	NON
Fait la sieste	OUI	NON

Notes à propos du sommeil

.....

.....

.....

ALIMENTATION**HYDRATATION :**

Mixé		Y arrive tout seul	
Coupé fin		A un épaississant	
Normal		A besoin d'une aide partielle	
Régime : Lequel :		A besoin d'une aide totale	
Petite fourchette pour manger		A un verre adapté	
Cuillère à soupe pour manger			

A t-il / A t-elle une ou plusieurs allergies alimentaires ? Si oui, lesquelles :

A t-il / A t-elle une ou plusieurs aversions alimentaires ? Si oui, lesquelles :

Notes : explication du régime

Que prend il pour le petit déjeuner ?

ÉLIMINATION**URINES**

Autonome			
Incontinence le jour		Continence si on l'accompagne aux WC	
Incontinence nocturne			
Sonde urinaire à demeure		Pistolet	Pénilex

SELLE

Élimination normale		Avec laxatifs		
Autonome		Incontinence partielle		Incontinence totale
Bassin		Colostomie		

CHANGE COMPLET

Protection le Jour	OUI		NON	
Protection la Nuit	OUI		NON	

Menstruations	Gère ses menstrues	Régulières	Irrégulières	Douloureuses
	Aide pour penser aux changes	Ménopausée		

MOBILITÉ

Autonome			
Marche avec aide		Marche avec l'aide d'un tiers	
Marche avec un déambulateur		Marche avec une canne	
Se déplace en fauteuil roulant seul		Se déplace en fauteuil roulant avec l'aide d'un tiers	
Se déplace pour de longues marches en fauteuil roulant			

Fatigabilité : Oui

Non

CONFORT - SECURITÉ

Autonome	
Barrières de lit	
Contention au fauteuil	
Protocole joint	

Besoin d'aide partielle	
D'un sol côté	
Aide au changement position	
Personne en capacité d'alerter	

Besoin d'aide totale	
Des deux côtés	

Notes en rapport au confort et sécurité :

.....

.....

.....

.....

MATÉRIEL A UTILISER

N'a pas besoin de matériel spécifique |

Lit médicalisé	
Lève malade	
Coussin anti-escarres	
Déambulateur	

Spécial Alzheimer	
Béquilles	
Matelas anti-escarres	
Fauteuil garde robe	

Barrières	
Canne	
Fauteuil roulant	

Autres matériels utilisés

.....

RELATION/COMMUNICATION

Comment la personne communique-t-elle ?

.....

.....

.....

Langage verbal utilisé		Compréhension langage écrit		Besoin d'aide totale	
------------------------	--	-----------------------------	--	----------------------	--

Notes langage et communication

.....

.....

.....

Propos confus		Difficultés spatiales		Désorientat° temporelle	
Difficulté d'audition		Difficulté de compréhension		Difficulté de vision	
Hallucinations		Difficulté d'articulation		Cris	

Rapport au tabac

Fumeur |

NON Fumeur |

Notes en rapport au tabac

.....

.....

.....

	Sans aide	Aide partielle	Aide totale
Gestion de l'argent			

Relations sociales :

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

Vie affective et intime

La personne a t-elle déjà partagée une relation de couple ?	OUI	NON
La personne a t-elle besoin d'une relation affective privilégiée ?	OUI	NON
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 ÉCHEANT

.....

.....

.....

.....

.....



**MAISON D'ACCUEIL
SPÉCIALISÉE MARIE ALLE**

FONDATION BON SAUVEUR D'ALBY

SUIVI MÉDICAL

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

PHOTO
D'IDENTITE

SUIVI MEDICAL

Médecin traitant : choix du médecin généraliste

Médecins référents dans la structure : Dr Duquenne & Dr Cazottes

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 MÉDICAUX

**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 : permanente oui non - accidentelle oui non

Constipation : oui non

Traitement actuel :

Examen appareil urinaire

Insuffisance rénale : oui non

Clairance creat :

Incontinence vésicale permanente oui non - accidentelle oui non

- Sondages Auto-sondage Fréquence

.....

- Penilex : oui non Système fixation :

.....

- Sonde vésicale à demeure : oui non

- Sonde numéro :

.....

- Dérivation urinaire : oui non - Type

.....

Examen cutané

- Atrophies : oui non si oui, localisation :

- Escarres : oui non si oui, localisation :

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

Troubles liés au handicap

Troubles indépendants de l'handicap

Diagnostic psychiatrique :

.....

.....

.....

- déambulation

troubles du sommeil

- agressivité

fugues

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.

Annexe 1

<p align="center">Droit à l'image : autorisation de captation et de diffusion Majeurs protégés</p>

Votre parent et/ou protégé est accueilli au sein de notre établissement « La Maison d'Accueil Spécialisée Marie ALLE ».

Notre établissement et la Fondation Bon Sauveur d'Alby peuvent être amenés à intégrer des photos des résidents représentatives de leur vie à la MAS lors de la réalisation des outils de communication.

Ces photos seront limitées à l'usage de ces actions de communication.

Résident

O Monsieur O Madame O Mademoiselle

Nom :

.....

Prénom(s) :

Date de naissance :

Cadre réservé au représentant légal

Je soussigné(e), représentant légal de la personne désignée ci-dessus, certifie avoir pris connaissance des modalités de captation et de diffusion définies dans le présent document et donne mon autorisation expresse à l'utilisation des photos le concernant.

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite au secrétariat de la MAS.

Ce droit à l'image est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Fait à

Le

Signature du représentant légal :

Autorisation d'intervention en cas d'urgence

Je soussigné(e)

NOM :

Prénom :

Père – Mère – Tuteur – Tutrice ⁽¹⁾ :

autorise la Direction de la Fondation Bon Sauveur d'Alby, à prendre toutes les mesures qu'elle estimerait urgentes pour l'état de santé de :

M. Mme :

résidant à la Maison d'Accueil Spécialisée

- ✓ examens de tous ordres
- ✓ soins dentaires
- ✓ traitements médicaux ou chirurgicaux
- ✓ hospitalisation, etc.....

Fait à Albi, le

Signature



Les directives anticipées sont mes souhaits pour ma fin de vie

Cela veut dire le jour où je vais mourir

On est tous différents et on n'a pas les mêmes souhaits.
C'est important que j'en parle avec mes proches ou avec une
personne de confiance.
C'est important d'écrire ce que je souhaite pour qu'on
respecte mes choix.

C'est un document que j'écris et que je
signe.
C'est un document sur lequel je dis tout ce
que je veux pour ma fin de vie.
Si je ne peux pas écrire, je peux faire appel à
deux personnes.
Elles pourront témoigner de mes volontés.





Mes directives anticipées

- ♦ Je remplis et je signe ce document
- ♦ J'en garde un exemplaire pour moi
- ♦ J'en donne un exemplaire à ma personne de confiance
- ♦ J'en donne un exemplaire à mon médecin traitant

Je soussigné(e)

Mon nom :

Mon prénom :

Je suis né(e) le :

Dans la ville de :

Mon adresse :

Mon numéro de téléphone :

Dans le cas où, au moment de ma fin de vie, je ne suis pas capable d'exprimer ce que je veux, je donne maintenant mes directives anticipées.

Ce qui est dit dans ce document est ce que je pense.

Ce sont mes volontés.

Je suis seul(e) à décider ce que je veux pour ma fin de vie.

OUI NON

Est-ce que je veux recevoir des soins adaptés et utiles ?

Cela veut dire, que si le médecin sait que je ne peux pas guérir, je refuse les traitements inutiles.

Cela veut dire que je ne veux pas qu'on me maintienne en vie artificiellement. Par exemple avec une machine qui respire à ma place.

OUI NON

Est-ce que je veux qu'on me donne des médicaments pour ne pas souffrir ?

OUI NON

Est-ce que je veux recevoir une sédation profonde ?

Une sédation profonde, c'est recevoir un traitement pour m'endormir. Le but est de perdre conscience jusqu'au moment de mon décès.

OUI NON

Si la loi le permet un jour, est-ce que je veux qu'on m'aide à mourir ?

Par exemple en me donnant un médicament pour ne plus me réveiller.
Cela s'appelle l'euthanasie.

Pour le moment en France, c'est interdit.

Je souhaite préciser les informations suivantes

Si cela est possible, je préférerais mourir

sur mon lieu de vie

à l'hôpital

autre :

OUI NON

Est-ce que je veux avoir une cérémonie religieuse ou spirituelle ?

Si oui, mes croyances sont :

Si cela est possible, je préfère être

enterré(e)

incinéré(e)

OUI NON

Après ma mort, est-ce que je souhaite faire don de mes organes ?

Cela veut dire, par exemple donner mon cœur à quelqu'un qui en a besoin pour vivre.

OUI NON

Est-ce que j'ai des choses importantes à ajouter ?

Date :

Je signe :

Si je ne peux pas écrire, mes deux témoins signent aussi

