

DOSSIER D'ADMISSION

MAS Le Pré Saint Jacques

Pour

NOM :

Prénom :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN :

Hébergement Temps Plein Accueil de Jour

M.A.S. Le Pré Saint Jacques
E.P.S.M.M.
1, chemin de Bouy- BP 70555
51022 Châlons en Champagne Cedex
Tél : 03 26 70 38 45

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

1/ État Civil

Nom:..... **Prénom(s):**.....

Date de naissance: ... / ... / **Lieu de naissance:**.....

Nationalité:..... **Situation familiale:**.....

Adresse :

2/ Assurance Maladie

N° de Sécurité Sociale:.....

Nom et adresse de la Caisse d'Assurance:.....

3/ Assurance Maladie Complémentaire

N° d'Adhésion:.....

Nom et adresse de la Mutuelle ou Assurance:.....

4/ Représentant Légal

Nom:..... **Prénom:**.....

Qualité (tuteur, curateur):..... **Lien de parenté :**

Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ... **Adresse mail :**

Portable : ... / ... / ... / ... / ... **Fax :**

Adresse:.....

5/ Renseignements Familiaux (Conjoint, Père, Mère, Enfants, Frères et Sœurs)

Nom, Prénom	Adresse	Téléphone	Qualité
		... / ... / ... / ... / ...	
		... / ... / ... / ... / ...	
		... / ... / ... / ... / ...	

		... / ... / ... / ... / ...	
		... / ... / ... / ... / ...	

6/ Personne à contacter

Nom:..... **Prénom:**.....

Qualité:..... **Téléphone fixe :** ... / ... / ... / ... / ...
Portable : ... / ... / ... / ... / ...
Adresse mail :

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

7/ Personne de confiance

Nom:..... **Prénom:**.....

Qualité (tuteur, curateur):..... **Lien de parenté :**

Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ... **Adresse mail :**

Portable : ... / ... / ... / ... / ... **Fax :**

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

8/ Orientation M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Date de la décision d'orientation M.A.S.: / /

Date d'échéance: / /

FICHE MEDICALE
(à remplir par le médecin traitant)

Nom:..... **Prénom(s):**.....

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

Médecin Traitant (tampon):
.....
.....

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

Téléphone : ... / ... / ... / ... / ...

1/ Antécédents

- **Médicaux** (maladies infectieuses, crises d'épilepsie, troubles moteurs, troubles du comportement...):
.....
.....
- **Chirurgicaux** (type d'intervention,date et lieu, nom du chirurgien):
.....
.....
- **Allergies** (médicamenteuses, respiratoires..., probables, certaines...):
.....
.....

Taille:..... **Poids:**..... **IMC :**

2/ Troubles actuels de santé

Histoire de la maladie principale (Résumé – Evolution - Projet) :
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Troubles associés

- **Cardio-vasculaires :** Oui Non

Si oui, de quel(s) type(s) ?
.....
.....

- **Locomoteurs :** Oui Non

Si oui, de quel(s) type(s) ?
.....
.....

- **Pulmonaires :** Oui Non

Si oui, de quel(s) type(s) ?
.....
.....

- **Digestifs :** Oui Non

Si oui, de quel(s) type(s) ?
.....
.....

- **Neuro-psy :** Oui Non

Si oui, de quel(s) type(s) ?
.....
.....

- **Gynéco-obstétrique :** Oui Non

Si oui, de quel(s) type(s) ?
.....
.....

- **Ouïe :** Oui Non

Si oui, de quel(s) type(s) ?
.....

- **Vue :** Oui Non

Si oui, de quel(s) type(s) ?
.....

3/ Traitement actuel

Médical :
.....
.....
.....
.....

Autres :
.....
.....
.....
.....

4/ Vaccination

Date du dernier rappel :

- DT Polio:.....
- Hépatite B:.....
- BCG:
dernière IDR le :..... Résultat:.....
- Autres:.....

GRILLE A.G.G.I.R.

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

ACTIVITES	NE FAIT PAS	S ₁	T ₁	C ₁	H ₁	CODAGE PARTIEL ₂		CODAGE FINAL ₂
1 Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir, dans les deux sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 Déplacements à l'intérieur se déplacer à l'intérieur du lieu de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 Toilette HAUT assurer son hygiène corporelle <small>Ne comprend pas le dos</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tout A = A Tout C = C Autres = B	
3 Toilette BAS <small>Ne comprend pas les ongles des orteils</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4 Elimination URINAIRE assurer la propreté des éliminations urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tout A = A Au moins 1 C = C Autres = B	
4 Elimination FECALE assurer la propreté des éliminations fécales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 Habillage HAUT habillage, déshabillage, choix, préparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tout A = A Tout C = C Autres = B	
5 Habillage MOYEN <small>bretelles, ceinture, boutons</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 Habillage BAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6 Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7 Alimentation SE SERVIR couper sa viande, se servir un verre d'eau, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tout A = A CC, BC, CB = C Autres = B	
7 Alimentation MANGER Porter les aliments à la bouche et les avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8 Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9 Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10 Alerter utiliser un moyen de communication pour alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11 Déplacements à l'extérieur en dehors du lieu de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12 Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13 Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14 Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15 Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16 Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tout A = A Au moins 1 C = C Autres = B	
16 Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17 Cohérence communication communiquer de façon logique et sensée par rapport aux normes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tout A = A Au moins 1 C = C Autres = B	
17 Cohérence comportement agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

1/ S : Spontanément T : Totalemment C : correctement H : Habituellement

2/ C- NE FAIT PAS : la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case ne fait pas est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes (S T C H)

A- L'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

B- S T C H : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas, identifier 1 ou 2 ou 3 adverbes, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers.

A, le

Signature et cachet du praticien

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE QUOTIDIEN DE LA PERSONNE

1/ Les Déplacements

Marche seule Oui - Non
Aide à la marche Oui - Non
Marche à l'aide d'un déambulateur Oui - Non
Se déplace en fauteuil Oui - Non
 si oui le manœuvre-elle seule? Oui - Non

Debout:

Peut-elle rester debout seule? Oui - Non
Avec appui ou aide? Oui - Non

Au sol:

Ne bouge pas Oui - Non
Bouge, mais ne se déplace pas Oui - Non
Se déplace à « quatre pattes » Oui - Non
Se relève t'elle seul Oui - Non

2/ L'Alimentation

Participation aux repas

Mange seule Oui - Non
Aide nécessaire Oui - Non
Aide totale Oui - Non

A-t-elle un régime alimentaire particulier? Oui - Non
 Si oui, lequel?.....

A-t-elle des difficultés à la mastication? Oui - Non
A-t-elle des difficultés à la déglutition? Oui - Non
A-t-elle déjà fait des fausses routes? Oui - Non

3/ L'Hydratation

S'hydrate seule Oui - Non
Aide à l'hydratation Oui - Non
Aide totale Oui - Non

4/ Les Soins d'hygiène

Fait sa toilette seule Oui - Non
A besoin d'une aide Oui - Non
Aide totale Oui - Non
S'habille-t-elle seule Oui - Non
Se déshabille-t-elle seule Oui - Non

5/ L'Incontinence

Incontinence urinaire

Diurne Oui - Non
Nocturne Oui - Non
Accidentelle Oui - Non

Incontinence fécale

Diurne Oui - Non
Nocturne Oui - Non
Accidentelle Oui - Non

6/ Le comportement

Communication

Verbale Oui - Non
Gestuelle Oui - Non
Autre, précisez :
.....

Activités (en dehors du repas, des soins d'hygiène)

Besoin d'être stimulée Oui - Non
Capable de s'occuper seule Oui - Non
Activités favorites :
.....
.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LES DEMANDES D'ACCUEIL DE JOUR

Vous souhaitez être pris en charge en :

Accueil régulier en journée (hors week-end et jours fériés)

Nombre de jours par semaine souhaités : (de 1 à 5 ou + ?

Jours souhaités :

Accueil en demi-journée

Transport (En accueil à la demi-journée, le transport est obligatoirement assuré par la famille ou l'aidant)

OUI

NON

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

1/ Lors de la demande d'inscription sur liste d'attente:

- Photocopie de la carte d'identité *
- Photocopie de l'extrait de naissance ou du livret de famille *
- Photocopie du jugement de tutelle ou de curatelle *
- Photocopie de la carte d'invalidité *
- Photocopie de la décision d'orientation MDPH M.A.S. *
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale *
- Photocopie recto-verso de la carte de mutuelle ou d'assurance complémentaire *

2/Lors de l'admission:

- La carte vitale *
- Une attestation de ressources (un imprimé vous sera communiqué) *
- Une attestation de responsabilité civile
- Une copie de la quittance de l'assurance des biens et objets personnels si elle existe
- 2 photos d'identité
- le carnet de vaccination

* à transmettre au service des admissions