**DEMANDE D’ADMISSION - MAS DU VENDOMOIS**

1. **Volet administratif**

**Nom** : …………………… **Prénom** :…………………………

**Date de Naissance** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ **à** …………….................................

**Adresse du lieu d’hébergement ACTUEL**:……………………………………………………………….….

………………………………………………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………………………..

**Téléphone**  : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Mail**: ……………………………………………

**Nature de la demande** : **O** accueil temporaire **O** accueil permanent

**Notification MDPH d’orientation en MAS** :

**O** en cours **O** non **O** oui, date d’attribution : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

 Jusqu’au : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ département : …….

**La personne est-elle informée de la demande ?** **O** oui **O** non

**Si oui, est-elle en accord avec cette demande ?** **O** oui **O** non

**Quelles sont les raisons de la demande ?**..........................................................................................................

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

**Assuré**

**C.S.S : O oui : jusqu’au** …………………………… **O non**

**Numéro de Sécurité Sociale** : \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Nom mutuelle + numéro d’adhérent** : ……………………………….…………………………………

**Mesure de protection juridique** : **O** aucune **O** tutelle **O** curatelle **O** autre**:**…………………….

**Coordonnées du curateur / tuteur :**………………………………………………………………………...…

………………………………………………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………………..………

**Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Mail**: ………………………………………………………………………

**Personne à prévenir en cas d’urgence** :

**Nom et Prénom** : …………………………………………………………

**En qualité de**: **O** Tuteur **O** Père **O** Mère **O** autre : ………………………………………………..

**Adresse**:………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..……

**Téléphone**  : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Mail**: ……………………………………………

**RECAPITULATIF DES DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE D’ADMISSION :**

⬜ Joindre la copie du jugement de protection juridique

⬜ Joindre les copies attestation CPAM et mutuelle

⬜ Joindre les copies de la pièce d’identité et l’attestation de responsabilité civile

⬜ Joindre un bilan socio-éducatif récent

⬜ Joindre la copie de la notification MDPH avec l’orientation en M.A.S

1. **Volet parcours personnel**

**Famille :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Père | Mère | Fratrie | Conjoint | Enfants |
| Nom |  |  |  |  |  |
| Prénom |  |  |  |  |  |
| Date de naissance |  |  |  |  |  |
| Profession |  |  |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |  |  |

**Relations avec la famille :**  **O** Proche **O** absente **O** visites régulières **O** visites ponctuelles **O** appels téléphoniques **O** courriers

**Autres personnes en lien :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Parcours scolaire, professionnel, institutionnel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dates | Lieux (établissement ville) | Situation | Motifs du changement |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Autres renseignements utiles :**……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Volet autonomie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Seul** | **Guidance verbale** | **Guidance physique** | **Aide totale** | **Précisions** |
| ***Soins Personnels*** |
| Hygiène corporelle |  |  |  |  |  |
| S’habiller et se déshabiller* Choisir des vêtements adaptés
* Trier le linge propre / sale
 |  |  |  |  |  |
| Assurer son élimination et utiliser les toilettes |  |  |  |  | Port de protection jour / nuit ? |
| Gérer son repos quotidien |  |  |  |  |  |
| Prendre ses repas (boire et manger) |  |  |  |  |  |
| Régime :Problèmes : | **O** diabétique **O** sans graisse **O** sans sel **O** compléments alimentaires **O** autres : ……………………………………….**O** mixé lisse **O** haché menu **O** coupé fin **O** eau pétillante **O** eau gélifiée **O** chaud / froid**O** déglutition **O** mastication **O** fausses routes |
| ***Mobilité*** |
| Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil) |  |  |  |  | Appareillages à préciser sous tableau |
| Se déplacer à l’intérieur |  |  |  |  |  |
| Se déplacer à l’extérieur |  |  |  |  |  |
| Utiliser les escaliers |  |  |  |  |  |
| Utiliser les transports en commun |  |  |  |  |  |
| Soulever et porter des objets (débarrasser la table, porter pack eau) |  |  |  |  |  |

***Appareillages :***

**O** Canne **O** Déambulateur **O** Fauteuil roulant manuel ou électrique **O** Lit médicalisé **O** Potence **O** siège WC

**O** Appareil Dentaire **O** Lunettes **O** Orthèse ou prothèse **O** appareil auditif **O** Support de communication : ……………………………

**O** matériels pour le repas (antidérapants, couverts, …)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pas de difficultés** | **Difficultés moyennes** | **Difficultés majeures** | **Précisions** |
| ***Vie domestique et courante*** |
| Gérer son traitement médicamenteux |  |  |  |  |
| Faire des petits achats |  |  |  |  |
| Gérer son argent de poche |  |  |  |  |
| Entretenir son espace personnel |  |  |  |  |
| ***Exigence générale et relations avec autrui*** |
| S’occuper seul |  |  |  |  |
| S’orienter dans le temps* Dans la journée
* Dans la semaine
 |  |  |  |  |
| S’orienter dans l’espace* Dans un lieu connu
* A l’extérieur
 |  |  |  |  |
| Prises d’initiatives |  |  |  |  |
| Gestion de sa sécurité |  |  |  |  |
| Respect des règles de vie |  |  |  |  |
| Supporter les changements |  |  |  |  |
| Gérer son comportement * agressivité verbale
* agressivité physique
* pulsions
* autres
 |  |  |  | Merci de préciser envers qui (soi-même, résidants, personnel, visiteurs, proches, …) |
| S’insérer dans un groupe |  |  |  |  |
| Relations avec les professionnels |  |  |  |  |
| Relations avec les autres résidants |  |  |  |  |
| Lire |  |  |  |  |
| Ecrire |  |  |  |  |
| Compter |  |  |  |  |
|  | **Pas de difficultés** | **Difficultés moyennes** | **Difficultés majeures** | **Précisions** |
| Lire l’heure |  |  |  |  |
| Capacités mémorielles |  |  |  |  |
| Utiliser un téléphone |  |  |  |  |
| Utiliser un ordinateur |  |  |  |  |
| Exprimer une demande |  |  |  |  |
| Exprimer une frustration |  |  |  |  |
| Exprimer un malaise, une douleur |  |  |  |  |
| Suivre une consigne |  |  |  |  |
| Savoir nager |  |  |  |  |
| Conduite addictive (café, tabac, …) |  |  |  |  |
| Fatigabilité |  |  |  |  |
| SommeilInsomniesBesoin de siestes |  |  |  | Précisez heures de lever et coucher / Rituels ? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fonctions sensorielles | Bon | Moyen | Mauvais |
| Ouïe |  |  |  |
| Vue |  |  |  |
| Toucher |  |  |  |
| Odorat |  |  |  |

***Intérêts pour des activités :***

**O** artistiques **O** d’expression manuelles **O** physiques **O** culturelles **O** jeux de société **O** autres : ………………………….

DOSSIER REMPLI PAR ………………………………….…………………………….. EN QUALITÉ DE ……………………………………………………….

Date / Signature :

…………..../…………../…………

1. **Volet médical (***à remettre sous pli confidentiel à l’attention du médecin de la M.A.S.***)**

**Renseignements médicaux concernant M. ou Mme** : ………………………………………………………

***Antécédents***

**Familiaux :** …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Personnels (médicaux, chirurgicaux) :** ……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Histoire de la maladie :** ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

***Examen clinique***

**Somatique (en particulier neurologique) :** …………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Psychiatrique (caractère, niveau intellectuel, troubles psychotiques, humeur, comportement) :** ……...

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

***Traitement actuel*** : *JOINDRE COPIE DE L’ORDONNANCE ACTUELLE*

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………....

***Allergies*** :……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

***Derniers examens biologiques*** :

**Date :**…..………………………………………………………………………………………………………

**Anomalies éventuelles** **:**….…...………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

***Suivis médicaux en ville, en hôpital, en institution*** :

*JOINDRE COPIE DES COMPTES-RENDUS MEDICAUX*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Spécialité** | **Fréquence** | **Coordonnées** |
|  | MEDECIN TRAITANT**à remplir obligatoirement** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Renseignements complémentaires*** (que vous jugez utile de communiquer)  :………………...…………

………………………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………..…

DOSSIER REMPLI PAR ………………………………….…………….

EN QUALITÉ DE ……………………………………………………….

Date / Signature : Cachet :

…………..../…………../…………