



# DOSSIER D'ADMISSION en Maison d'Accueil Spécialisée

Pour :

NOM : .....

Prénom : .....

## Type d'accueil demandé :

Hébergement temps plein

Accueil de jour : 5 jours par semaine (hors week-end et jours fériés)

*Prise en charge de la personne sur la journée ou demi-journée, ayant pour objectif d'aider les familles dans l'accompagnement de la personne et les soulager dans leur rôle d'aidant, favoriser la sociabilisation de la personne accueillie.*

Accueil temporaire : (minimum 1 nuitée, maxi 90 nuitées par an)

*Prise en charge de la personne sur une durée limitée et/ou sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, ayant pour objectif le maintien de la personne à domicile et permettre une période de répit et de suppléance pour la famille ou l'aidant.*



**Ce dossier de demande d'admission est commun aux 3 MAS suivantes :**

☞ **MAS Le Pré Saint Jacques - EPSMM**  
1 chemin de BOUY  
BP 70555  
CHALONS EN CHAMPAGNE  
Tél : 03 26 70 38 05

☞ **MAS Les Alouettes**  
4 rue Maurice RENARD  
51000 CHALONS EN CHAMPAGNE  
Tél : 03 26 66 85 70

☞ **MAS CAPS**  
47, avenue du Général de Gaulle  
51000 CHALONS EN CHAMPAGNE  
Tél : 03 57 80 03 32

☞ **MAS Chanzy**  
3, rue Edmond Buat  
51000 CHALONS EN CHAMPAGNE  
Tél : 03 57 80 03 32

**Un seul dossier est à renseigner** et à adresser à l'une des MAS citées ci-dessus.

Les demandes sont traitées en commun afin de répondre au mieux à la situation de la personne.

Après étude du dossier, une réponse adaptée vous sera rendue sur la décision d'admission, ou à défaut, une orientation conseillée et personnalisée en fonction de la pathologie de la personne concernée et du profil de MAS lui correspondant le mieux.

**DOCUMENTS À FOURNIR**

- 1 photo d'identité
- Copie recto-verso de la carte d'identité, ou à défaut livret de famille, ou extrait de naissance.
- Copie du jugement de mesure de protection juridique
- Copie de la décision d'orientation en MAS délivrée par la MDPH à jour
- Copie de la décision d'attribution de l'AAH délivrée par la MDPH
- Copie de la carte d'invalidité
- Copie de l'attestation de droits de la couverture sociale (CPAM, MSA..)
- Copie recto-verso de la carte de mutuelle ou assurance complémentaire  Ordonnance de traitement actuel.

Ce dossier comprend trois volets :

- volet administratif
- volet médical
- volet sur la vie de la personne

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**État civil de la personne pour laquelle l'admission est demandée :**

Nom:..... Prénoms:.....

Date et lieu de naissance: ... / ... / ..... Âge : .....

Sexe :..... Nationalité:.....

Situation familiale:..... Mail :.....

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

Téléphone : .....

**Renseignements familiaux complémentaires :**

NOM Prénom	Adresse	Téléphone	qualité

**Situation actuelle de l'intéressé(e) :**

- domicile
- autre établissement (préciser) : .....

Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence :.....

Qualité : (parent, tuteur, autre...) .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Personne de confiance : .....

Qualité :(parent, tuteur, autre...) .....

Téléphone : ..... Mail : .....

**Établissements fréquentés antérieurement :**

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

## MESURE DE PROTECTION

L'intéressé est-il bénéficiaire d'une mesure de protection :  oui  non

Si oui laquelle :

- tutelle  habilitation familiale  
 curatelle  sauvegarde de justice  autre :

Date de la mesure : .....

Références tribunal : .....

## RENSEIGNEMENTS MDPH (Maison Départementale pour Personnes Handicapées)

**MDPH de :** .....

**Adresse :** .....

	Date de fin de validité
Décision d'orientation en MAS	
Carte d'invalidité / taux d'invalidité	
Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)	
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)	
Prestation de Compensation du Handicap	

## COUVERTURE SOCIALE ET MUTUELLE

**Caisse d'Assurance Maladie :** (joindre attestation de droits)

N° de Sécurité Sociale: .....

Nom et adresse de la Caisse d'Assurance maladie :

.....  
.....

CMU :  oui  non si oui date de fin de droits :

**Couverture Maladie Complémentaire :** (joindre copie carte de mutuelle)

Nom et N° d'Adhérent: .....

Nom et adresse de l'organisme:.....

.....

**CAF :**

N° d'allocataire : .....

Coordonnées de la CAF : .....



Volet 2 : médical

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** (à remplir par le médecin traitant)

NOM: ..... Prénom(s):.....

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

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

**Médecin Traitant:** .....

Adresse :.....

.....

Téléphone : .....

**TROUBLES ACTUELS DE SANTÉ / NATURE ET CAUSES DU HANDICAP**

**Histoire de la maladie principale** (Résumé – Évolution - Projet) :

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

**TRAITEMENT ACTUEL et APPAREILLAGE**

**Médical :** (joindre ordonnance en cours) .....

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

**Appareillage :**  existant                       nécessaire

**Autres :** .....

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

**VACCINATIONS**

**Date du dernier rappel :**

• DT Polio:.....

• Hépatite B:.....

• BCG: .....

Dernière IDR le :..... Résultat:.....

• Autres:.....

## TROUBLES ASSOCIÉS

**Cardio-vasculaires :**                     oui    Si oui, de quel(s) type(s)                     non

.....

.....

**Locomoteurs :**                             oui    Si oui, de quel(s) type(s)                     non

.....

.....

**Pulmonaires :**                             oui    Si oui, de quel(s) type(s)                     non

.....

.....

**Digestifs :**                                  oui    Si oui, de quel(s) type(s)                     non

.....

.....

**Neurologiques :**                         oui    Si oui, de quel(s) type(s)                     non

.....

.....

**Gynéco-obstétrique :**                 oui    Si oui, de quel(s) type(s)                     non

.....

.....

**Ouïe :**                                         oui    Si oui, de quel(s) type(s)                     non

.....

.....

**Vue :**                                          oui    Si oui, de quel(s) type(s)                     non

.....

.....

		MSD	MSG	MID	MIG	TRONC
<b>Paralysie</b>	Complète					
	Partielle					
Mouvements anormaux						
Spasticité						
Déformation						
Amputations						

**Autres troubles :**     oui    Si oui, de quel(s) type(s)                     non  
 (comportement, psy, neurologique, neuromoteur, ..)

.....

.....

.....

## ANTÉCÉDENTS

**Médicaux :**                     oui (Si oui, lesquels)  non

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

**Chirurgicaux :**                 oui (Si oui, lesquels)  non

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

**Allergies :**                     oui (Si oui, lesquels)  non

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

## MÉDECIN SPÉCIALISTE ET PRISE EN CHARGE

**Kinésithérapeute :**  oui                     non

Fréquence :

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

*Coordonnées complètes du spécialiste :*

.....  
.....

**Orthophoniste :**  oui                     non

Fréquence :

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

*Coordonnées complètes du spécialiste :*

.....  
.....

**Ergothérapeute :**  oui                     non

Fréquence :

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

*Coordonnées complètes du spécialiste :*

.....  
.....





Volet 3 : le quotidien

RENSEIGNEMENTS SUR LA VIE DE LA PERSONNE			
	OUI	NON	Commentaires
<b>Alimentation et hydratation :</b> <i>fréquence, quantité, texture, moyens</i>			
Dans quelle position prend-elle ses repas ?			
Mange-t-elle de bon appétit ?			
A-t-elle un régime alimentaire particulier ? Lequel ?			
Difficultés à la mastication ?			
Difficultés à la déglutition ?			
A-t-elle déjà fait des fausses routes ?			
Autres			

**Les soins d'hygiène :**

	Seule	Avec aide	Aide totale	Commentaires
Comment fait-elle sa toilette ?				
Est-elle habituée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au bain ?</li> <li>• A la toilette au lavabo ?</li> <li>• A la douche ? Chariot douche ?</li> </ul>				
Quelles sont ses réactions dans l'eau ?				
Autonomie à l'habillage et déshabillage ?				
Autres				

**L'élimination:**

	OUI	NON	Observations
Incontinence urinaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diurne</li> <li>• Nocturne</li> <li>• Accidentelle</li> </ul>			
Incontinence fécale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diurne</li> <li>• Nocturne</li> <li>• Accidentelle</li> </ul>			
A-t-elle des heures régulières pour faire ses besoins ?			
Va-t-elle seule aux toilettes? Tient-elle seule sur les toilettes ? Faut-il un adaptateur ? Faut-il une barre de maintien ?			
Protections / changes complets : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le jour</li> <li>• la nuit</li> </ul>			

**Le repos :**

	OUI	NON	Observations
Reste-t-elle dans son lit à son réveil ?			Heure ?
Recouche-t-on la personne dans la journée ?			Horaires :
S'endort-elle rapidement après le coucher ?			
Que faites-vous pour l'endormir ?			
A-t-elle des positions préférées ?			

**La communication :**

	OUI	NON	Observations
Verbale			
Non verbale			
Autres, préciser :			
<b>Activités:</b>	OUI	NON	Observations
Capable de s'occuper seule Préfère-t-elle être seule ?			
Quelles sont ses activités favorites ?			
Qu'est-ce qui lui fait plaisir ?			
Autres activités occupationnelles d'éveil			

**Les Déplacements :**

<b>Debout :</b>	OUI	NON	Observations
Marche-t-elle ?			Avec ou sans aide ?
Marche-t-elle avec un déambulateur ?			
Se déplace-t-elle en fauteuil ?			Manuel ou électrique ?
Peut-elle rester debout ?			
Avec appui ?			

**Orientation temporo-spatiale :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Au sol :</b>	OUI	NON	Observations
Reste immobile			
Bouge, mais ne se déplace pas			
Se déplace			
Se relève seule			