

Dossier de demande d'admission

Partie 1/2 : chapitre administratif

<p>Nom de la personne concernée :</p> <p>Prénom :</p> <p>Nom, fonction et signature de la personne qui a rempli le dossier :</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>
<p><i>Zone réservée à l'établissement</i></p> <p>Nom de la personne qui réceptionne le dossier :</p> <p>Date de réception :</p> <p>Tampon de l'établissement :</p>

Type de demande d'admission :



Accueil permanent

Motif de la demande :



Accueil temporaire

Motif de la demande :

- Répit :
- Evaluation :
- Autres :

Dossier COMPLET à retourner à l'adresse suivante (adresse postale, fax ou email).

MAS La Bastide

66 route de la treille, camoins les bains, 13011 Marseille

cliniquelabastide@wanadoo.fr

Se référer à la liste p 10 des documents à fournir obligatoirement

Identité de la personne

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse de la personne :

Tel :

Situation familiale :

Mesure de protection juridique

Oui non demande en cours

Attention : En cas de réponse « NON », seule la personne en situation de handicap peut remplir le dossier et le déposer.

Type de mesure :

Nom et adresse du représentant légal :

Personne de confiance : (Art L. 311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance librement.

Pour les personnes sous tutelle, et pour lesquels le juge a autorisé la personne chargée de la protection à représenter ou à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne en application du deuxième alinéa de l'article 459 du code civil, il faut demander l'autorisation au juge de désigner une personne de confiance.

Si elle est désignée, Nom de la personne de confiance :

Prénom :

Lien de parenté ou autre :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Tel :

Mail :

Situation actuelle de la personne en situation de handicap

Mode d'accompagnement et/ou de l'hébergement de la personne :

En établissement

Nom de l'établissement :

Type de l'établissement ou du service à domicile :

Adresse :

Tel :

Depuis quand ?

À domicile

Nom du service à domicile :

Pas de prise en charge

Nom de la famille ou autre :

Renseignements administratifs

N° de dossier Maison Départementale des Personnes Handicapées :

Orientations indiquées par la MDPH (nature, date de validité, date de fin de validité) :

Percevez-vous l'Allocation Adulte Handicapée ? NON OUI valable jusqu'au :

Percevez-vous la Prestation de Compensation du Handicap ? NON OUI valable jusqu'au :

Type de PCH :

Avez-vous une carte de mobilité inclusion invalidité? NON OUI valable jusqu'au :

Avez-vous une carte de mobilité inclusion priorité? NON OUI valable jusqu'au :

Avez-vous une carte de mobilité inclusion stationnement ? NON OUI valable jusqu'au :

Avez-vous une PCH en établissement ? NON OUI valable jusqu'au :

Couverture Sociale : CPAM MSA Autre

Nom de l'assuré :

N° Immatriculation :

Adresse de la caisse :

Mutuelle : OUI NON

Nom de l'adhérent :

N° de l'adhérent :

Adresse de la mutuelle :

Assurance complémentaire : OUI NON

Nom de l'adhérent :

N° de souscription :

Adresse de l'assurance :

Responsabilité Civile : OUI NON

Nom de l'adhérent :

N° de souscription :

Adresse de l'organisme :

Allocations : CAF MSA Autre

Nom de l'allocataire

N° de l'allocataire :

Adresse de la caisse :

Renseignements concernant la famille

Lien de parenté	Nom, Prénom	Coordonnées (Adresse, téléphone et mail)

Parcours de la personne

Pour chaque période de la vie, indiquez les évènements importants et les établissements successivement fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé.

Période de 0 à 18 ans
Période de 19 à 30 ans
Période de 31 ans à ce jour

Evaluation de l'autonomie

ALIMENTATION

- Mange seul Hachée
 Avec aide Mixée
 Aide complète

HYGIENE

- Seul
 Avec aide
 Aide complète

HABILLAGE

- Seul
 Avec aide
 Aide complète

INCONTINENCE

- Urinaire
 Fécale

COMMUNICATION

- Normale
 Altérée

DEPLACEMENT

- Seul
 Avec aide
 Aide complète

TROUBLES COGNITIFS

- Mémoire
 Orientation
 Concentration
 Compréhension
 Comportement

SOMMEIL

- Crises nocturnes
 Sommeil conservé
 Sommeil haché
 Difficultés
d'endormissement

Éléments importants de vigilance à signaler, observations particulières : (*modes d'expressions privilégiées, habitudes d'endormissement, qualité du sommeil, risques de fausses routes, troubles alimentaires, désorientations spatiales....*)

Communication et comportement

Communication verbale

Est capable de s'exprimer : OUI NON

Peut verbaliser ses pensées, ses émotions : OUI NON

Relations :

Avec les autres résidents : jamais rarement parfois fréquemment

Avec les professionnels : jamais rarement parfois fréquemment

Mode de lien à l'autre : exclusif dans l'échange inhibé variable

Comportement en groupe : adapté en repli versatile

Besoins : (*Joindre le dernier Projet Personnalisé élaboré en établissement*)

Autres besoins à prendre en compte pour l'élaboration du Projet Personnalisé d'Accompagnement ?

Attentes

Quelles activités ou sorties sont pratiquées habituellement ?

En autonomie	En établissement	En famille

Quelles sont les activités ou sorties (habituelles ou nouvelles) qui seront souhaitées ?

Demandes de la personne :

Demandes de la famille :

Evaluation faite par :		
Personne concernée :	Famille ou représentant légal :	Professionnel :
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
	Lien de parenté :	Fonction :
		Etablissement :

Liste des pièces obligatoires à joindre :

Pièces administratives	
	Photocopie de la décision d'orientation en MAS délivrée par la MDPH à jour, le cas échéant, photocopie du récépissé de dépôt de la demande d'orientation à la MDPH
	Photocopie de l'attestation d'Allocation Adulte Handicapée
	Photocopie recto/verso de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) Invalidité
	Photocopie de la PCH
	Photocopie recto/verso de la carte d'identité de la personne, ou à défaut livret de famille, ou extrait de naissance.
	Photocopie complète du jugement de mesure de protection juridique
	Photocopie de l'attestation de droits de la couverture sociale (CPAM, MSA..)
	Photocopie de la carte de mutuelle ou assurance complémentaire
	1 photographie d'identité récente
Pièces liées à l'accompagnement	
	Copie du dernier Projet Personnalisé
	Rapport social
	Bilan psychologique
	Dossier médical sous enveloppe cacheté
	Ordonnance de traitement actuel
	Bilans médicaux et autres éléments médicaux

Signatures des personnes qui déposent le dossier de candidature

Personne en situation de handicap	Représentant légal	
Date :	Date :	
Nom :	Nom :	
Signature :	Signature :	
Personne de confiance	Famille	Professionnel aidant à constituer le dossier
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
Signature :	Signature :	Signature :

Dossier de demande d'admission

Partie 2/2 : chapitre médical

ETAT CIVIL

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Diagnostic Actuel (Diagnostic CIM 10) :

HISTOIRE DE LA MALADIE *(Joindre une copie de son traitement en cours (psychotropes, somatiques))*

Date et forme de début :

Episodes évolutifs :

Traitements instaurés :

Hospitalisations psychiatriques, dates et lieux, (H.D.T., H.O.) :

Passages à l'acte éventuels (Fugues, T.S., Agressivité, etc...) :

Troubles du comportement :

Risque d'auto-agressivité : jamais rarement parfois fréquemment

Si oui, précisez les circonstances :

Risque hétéro-agressivité : jamais rarement parfois fréquemment

Si oui, précisez les circonstances :

Fugues ou tendance à la fuite : OUI NON PARFOIS

Si oui, précisez la fréquence :

Conscience du danger : OUI NON DANS UNE CERTAINE MESURE

Vie intime et sexuelle, vulnérabilité particulière : OUI NON

ETAT ET COMPORTEMENT ACTUEL

ELEMENTS UTILES DU CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL ET HYPOTHESE PSYCHOPATHOLOGIQUE

EVOLUTION GENERALE ET PRONOSTIC

ETAT SOMATIQUE ACTUEL *(Joindre les documents médicaux pertinents : bilans, comptes-rendus, imageries...)*

PATHOLOGIES CHRONIQUES (Joindre les documents médicaux pertinents : bilans, comptes-rendus, imageries...)

ANTECEDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX (datés)

Personnels :

Familiaux :

Dates et lieux d'hospitalisations médicochirurgicales éventuelles :

MEDECINS QUI SUIVENT HABITUELLEMENT LA PERSONNE

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Noms, spécialités et coordonnées des spécialistes : (cardiologue, psychiatre, endocrinologue...) :

Date de la dernière visite :

Chez le neurologue

Chez le cardiologue

Chez l'ophtalmologue

Chez le dentiste :

Chez le gynécologue :

DIVERS

Sérologies connues :

Vaccinations :

Allergie médicamenteuse alimentaire :

Contre-indication médicamenteuse :

Nécessité d'un régime alimentaire spécifique :

Moyen contraceptif : OUI NON

Si oui lequel :

Addictions : Tabac Alcool Toxicomanie

PATIENT ADRESSE PAR :

Lieu :		
Service :		
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
Téléphone :	Fax :	Mail :

A _____, le _____

Signature et cachet obligatoires