

DOSSIER D'ADMISSION
MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE
BERTHE MORISOT



Ce dossier est à transmettre au responsable de la Maison d'Accueil Spécialisée « Berthe Morisot »
Avenue Gustave Dron – BP 10 – 59487 ARMENTIERES Cedex
Secrétariat : charlotte.devienne@ghpsy-npdc.fr

DOSSIER D'ADMISSION
VOLET SOCIAL ET HABITUDES DE VIE
MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE
BERTHE MORISOT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Type d'accueil demandé : Accueil permanent

Accueil de jour

INFORMATIONS IMPORTANTES

Merci de joindre impérativement à ce dossier :

- Un rapport social (histoire de vie : parcours institutionnel, professionnel, familial...)
- La notification MDPH avec l'orientation en MAS
- Une photocopie de la carte d'identité **en cours de validité**
- Un extrait d'acte de naissance ou la photocopie du livret de famille
- Le jugement de tutelle
- Une photocopie de la carte vitale
- Une attestation de la CPAM **en cours de validité**
- Une photocopie de la carte mutuelle **en cours de validité**
- Une photocopie de la carte d'invalidité

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié en commission d'admission

PARTIE SOCIALE

A remplir obligatoirement par l'équipe de proximité en cas d'hébergement dans une structure

Demande urgente
OUI NON

Demande établie par :

Nom – Prénom :

Adresse :

.....
.....

N° de téléphone :

Adresse mail :@.....

Lien de parenté (s'il y en a un) :

Motif de la demande :

.....
.....

La personne est-elle informée des démarches d'admission ? OUI NON

Si non, pourquoi ?

.....
.....

Adresse actuelle

Domicile Famille Hôpital Etablissement Autre (précisez)

Adresse :

.....
.....

N° de téléphone :

N° de portable :

Adresse mail :@.....

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubinage Veuf(ve)

Noms et coordonnées du conjoint :

.....
.....

Noms et coordonnées des enfants :

.....
.....

Noms et coordonnées des proches :

.....
.....

Mesure de protection

OUI

EN COURS

NON

(Date du dépôt de la demande)

Tutelle

Aux biens

Curatelle

Simple

Habilitation familiale

A la personne

Renforcée

Coordonnées de la personne en charge de la mesure de protection (nom – adresse – téléphone – adresse mail) :

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

Notification M.D.P.H

Date de notification M.D.P.H. : Date de fin :

Ressources et prestations

Pension invalidité

A.A.H.

Autre

(Précisez) :

Sécurité sociale

N° de sécurité sociale :

Rattachée à la C.P.A.M. de :

Mutuelle :

Votre mutuelle assure-t-elle la prise en charge du forfait journalier ? OUI NON

Bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire ? OUI NON

Caisse d'Allocations Familiales

N° d'allocataire :

CAF de :

Coordonnées :

PARTIE HABITUDES DE VIE

A remplir obligatoirement par l'équipe de proximité en cas d'hébergement dans une structure

COMMUNICATION

1. Communication verbale/ non verbale/expression des émotions :

- La personne a-t-elle accès au langage verbal ? OUI NON
- La personne peut-elle mener une conversation ? OUI NON
- Comprend-elle les phrases courtes et simples liées au quotidien ? OUI NON
(ex : Suivez-moi, nous allons manger, etc.)
- La personne s'exprime-t-elle par des phrases ? OUI NON
- La personne présente-t-elle une déficience auditive et visuelle ? OUI NON
- Si oui, la personne est-elle appareillée ? OUI NON
- La personne porte-t-elle des lunettes ? OUI NON
- Réagit-elle à l'énoncé de son prénom ? OUI NON

A-t-elle accès à des supports facilitant la communication (pictogrammes, ordinateur vocal,...) ?

OUI NON

Si oui, merci de préciser lequel et de l'amener, le cas échéant, lors de son séjour :

.....
.....

Si oui, le langage est-il adapté à la situation ? OUI NON

Autres moyens de communication

La personne s'exprime-t-elle par des sons et/ou des cris ? OUI NON

Quelles peuvent en être les significations ?

.....
.....

La personne pleure-t-elle ? OUI NON

Si oui, quelles sont les significations habituelles de ses pleurs (tristesse, fatigue, douleur, frustration) ?

.....
.....
La personne rit-elle, sourit-elle ?

OUI NON

Si oui, est-ce l'expression d'un bien-être ?
.....
.....

Utilise-t-elle des mimiques pour communiquer ?

OUI NON

Fait-elle des gestes pour se faire comprendre ?

OUI NON

Avez-vous pu identifier les modes d'expression de souffrance ?
.....
.....

Avez-vous d'autres précisions à apporter afin de faciliter les échanges avec la personne ?
.....
.....

Habillage

Choisit-elle ses vêtements Oui Non

S'habille-t-elle seule ?

S'habille-t-elle avec une aide partielle ?

Avec guidance verbale
physique

S'habille-t-elle avec une aide totale ?

Habitudes/rituels/préférences :

2. Continence / Incontinence / Menstruations

La personne est-elle continente ? Oui Non

Jour : Oui Non

Nuit : Oui Non

Urinaire : Oui Non

Fécale : Oui Non

A-t-elle besoin d'un accompagnement pour se rendre aux toilettes ? Oui Non

Porte-t-elle des protections ? Oui Non

Si oui, de quels types, à quels moments ?

.....
.....

Matériel nécessaire (urinal, chaise percée, rehausseur etc.) :

.....
.....

La personne est-elle réglée ? Oui Non

COMPORTEMENT

La personne présente-t-elle un comportement adapté aux situations rencontrées ? Oui Non

A préciser :

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

La personne présente-t-elle des troubles du comportement ? Oui Non

Si oui, lesquels :

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

La personne présente-t-elle une sensibilité particulière aux changements et aux ambiances ?

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

Angoisse / peurs Dans quelle situation ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Agressivité occasionnelle régulière A préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Instabilité / agitation Dans quelle situation ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Verbale A préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Tendance au repli Dans quelle situation ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Physique A préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Désorientation temporelle Dans quelle situation ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Auto-agressivité A préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Désorientation spatiale Dans quelle situation ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hétéro-agressivité A préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Stéréotypies Dans quelle situation ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Y-a-t-il moyen de l'apaiser ? Si oui, comment ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

CENTRES D'INTERETS ET ACTIVITES / SORTIES / LOISIRS

Quels sont les centres d'intérêts de la personne ?

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

La personne apprécie-t-elle les activités ? Oui Non

En collectif En individuel

La personne recherche-t-elle la compagnie du groupe ? Oui Non

Accepte-t-elle de monter en véhicule ? Oui Non

Accepte-t-elle la foule ? Oui Non

Accepte-t-elle le bruit ? Oui Non

A-t-elle des peurs ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

.....
.....

A-t-elle tendance : à s'écarter du groupe ? Oui Non

à sortir sans prévenir ? Oui Non

A préciser :

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

Lors des consultations médicales :

Accepte-t-elle d'attendre ? Oui Non

Accepte-t-elle les examens médicaux ? Oui Non

Existe-t-il un risque d'agitation ? Oui Non

L'accompagnement peut être réalisé seul ? Oui Non

Ou faut-il deux accompagnants ? Oui Non

Faut-il une prémédication ? Oui Non

A préciser :

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

Autres informations éventuelles à nous communiquer

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

Signature pour accord de la personne ou du représentant légal sur les informations délivrées dans ce document

Nom – Prénom :

Date :

Signature :

DOSSIER D'ADMISSION

VOLET MEDICAL

MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE BERTHE MORISOT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Type d'accueil demandé : Accueil permanent

Accueil de jour

INFORMATIONS IMPORTANTES

Merci de joindre impérativement à ce dossier :

- Derniers comptes rendus relatifs au suivi médical spécialisé de la personne (y compris psychiatrique)
- Derniers bilans sanguins
- Dernière(s) ordonnances(s)
- Copie du carnet de vaccination

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié en commission d'admission

PARTIE MEDICALE

A remplir obligatoirement par un médecin

Demande urgente

OUI NON

Personne concernée par la demande d'admission

Civilité : Monsieur Madame

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

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Médecin qui renseigne le dossier

Nom - Prénom :

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

N° de téléphone :

Adresse mail :@.....

Contexte de la demande

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

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée ? OUI NON

Si oui, dans quel service ?
.....

Coordonnées :
.....
.....

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom – Prénom :
.....

<u>Diagnostic principal à l'origine de la déficience :</u>		<u>ALD :</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<u>Allergies :</u>	<u>Vaccins :</u> (joindre copie du carnet de vaccination) Dates des derniers rappels : dTP(Ca) : <input type="checkbox"/> Non connu Grippe : <input type="checkbox"/> Non connu Pneumocoque : <input type="checkbox"/> Non connu Zona : <input type="checkbox"/> Non connu COVID : (joindre attestation certifiée) <input type="checkbox"/> Non connu	
<u>Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques :</u>		
<u>Traitement en cours :</u> (Si ordonnances jointes, il n'est pas nécessaire de remplir ce cadre)		

Directives anticipées rédigées : OUI NON

Personne de confiance désignée : OUI NON

Des limitations de soins ont-elles été posées pour la personne ? OUI NON

Si oui, lesquelles ? (joindre document)

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

Taille :

Poids :

A = Fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

B = Fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

C = Ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

Données sur l'autonomie		A	B	C
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Risque de chute : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
Risque de fugue : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
Toilette	Haut			
	Bas			
Habillage	Haut			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Risque de fausse route : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
Orientation	Temps			
	Espace			

Symptômes psycho-comportementaux	Fréquent	Occasionnel	Non
Idées délirantes			
Hallucinations			
Agitation			
Agressivité verbale			
Agressivité physique			
Dépression			
Anxiété			
Exaltation de l'humeur			
Apathie, indifférence			
Désinhibition			
Instabilité de l'humeur			
Intolérance à la frustration			
Comportements			
Potomanie			
Cleptomanie			
Cris			
Gestes incessants			
Troubles du sommeil			
Troubles de l'appétit			

Communication	A	B	C
Verbale			
Non verbale			
Compréhension du langage			
Autre(s) moyen(s) de communication :			

Déficiences Sensorielles	Oui	Non
Visuelle		
Si oui, appareillage : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Auditive		
Si oui, appareillage : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Consommation de toxiques	Actuelle	Sevré	Non
Tabac			
Alcool			
Stupéfiants			
Si oui, le(s)quel(s) :			

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie continue		
Oxygénothérapie non continue		
Sonde d'alimentation		
<i>Si oui, précisez :</i>		
Sonde trachéotomie		
Sonde urinaire		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (VNI / PPC) non invasif		
Chambre implantable		
Pompe (morphine, insuline...)		
Autres (précisez) :		

Besoin en rééducation	Oui	Non
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Ergothérapeute		
Psychomotricité		
Activité Physique Adaptée		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarre		
Localisation :		
Stade :		
Durée du soin :		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Contention	Oui	Non
Barrière de lit		
Ceinture ventrale		
Ceinture pelvienne		
Fermeture de porte		
Liens (poignets / pieds)		
Sécuridrap		
Grenouillère		
Autres (précisez) :		

Commentaires ou précisions éventuelles :

A, le

Signature et cachet du médecin