



ÉTABLISSEMENT PUBLIC
MÉDICO-SOCIAL

DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Document rempli par :
Relation avec le demandeur

Pièces à fournir :

- Notification de la Maison Départementale de l'Autonomie
 - Dernière synthèse ou bilan de l'établissement d'origine
 - Bilan médical
 - Extrait d'acte de naissance
 - Photo récente
 - Jugement de tutelle
 - Carte d'invalidité
 - Attestation sécurité sociale
 - Attestation CAF
 - Carte de mutuelle
 - Notification d'A.A.H.
 - Nom du médecin traitant
 - Brève biographie de la personne
 - Carte d'identité
- Seulement à l'admission

STRUCTURE DEMANDEE :

MAS DE L'LOUDON accueil permanent	
MAS DE BEAUFORT EN VALLEE Accueil permanent	
Les deux (permanent)	
MAS DE L'LOUDON accueil temporaire	
MAS de BEAUFORT EN VALLEE Accueil de jour	

RESIDENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone : Nationalité :

FAMILLE

Nom/Prénom du père :

Marié /divorcé /remarié /veuf /décédé (Barrer les mentions inutiles)

Adresse :

Code Postal : Localité :

Téléphone : Mail :

Nom/Prénom de la mère :

Marié /divorcé /remarié /veuf /décédée (Barrer les mentions inutiles)

Adresse : (si différente)

Code Postal : Localité :

Téléphone : Mail :

FRATRIE :

Nom	Prénom	Date de naissance

SITUATION ACTUELLE

Etablissement :

Famille :

Famille d'Accueil : (Nom, Prénom, Adresse, Téléphone)

Centre hospitalier :

Autres : (Assistante sociale)

SITUATION ANTERIEURE

Nom des établissements fréquentés :

Nom de l'établissement	Structure	Période

MESURE DE PROTECTION

 Type de mesure : Tutelle Curatelle Sans mesure de protection

Lien de parenté éventuel :

Nom du représentant légal /Organisme :

Adresse :

Code Postal : Localité :

Téléphone : Mail :

COMMUNICATION

VERBALE

Langage compréhensible Phrases simples Incohérente Mots, phrases Communication expressivePeut faire une demande Peut faire un choix Peut exprimer une douleur Peut appeler si danger

NON VERBALE

Utilise un pictogramme Utilisation de photos Utilisation des objets Utilise une communication gestuelle LSF Utilise une communication corporelle Utilisation d'une synthèse vocale

Si OUI comment ?.....

Si OUI comment ?.....

Si OUI comment ?.....

Si OUI comment ?.....

Observation : (mode d'expression du oui et du non)

COMMUNICATION RECEPTIVE

Compréhension orale

- Aucune
- Comprend des mots
- Comprend des phrases courtes
- Bonne compréhension
- Par le verbal
- Par le geste
- Par pictogrammes
- Par photos
- Par objet
- Ne comprend pas

Observation :

.....

.....

Compréhension écrite

- Lit normalement
- Lit des mots isolés
- Lit des phrases simples
- Ne lit pas

REPERES SPATIO-TEMPORELS

- Se repère dans la journée oui Non
- Sait lire l'heure oui Non
- Connait les jours de la semaine oui Non
- Sait se repérer à l'intérieur de son lieu d'hébergement oui Non
- Repère des lieux extérieurs à son lieu d'hébergement oui Non
- Supports visuels oui Non

Si oui lesquels :

Ne sait pas

Observation :

.....

.....

.....

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Recherche l'isolement
- Conduite de retrait autistique
- Trouble du contact oculaire
- Stéréotypies motrices
- Utilise les objets de façon stéréotypée
- Stéréotypies verbales (écholalie...)
- Automutilation/Auto agressivité
- Hétéro agressivité
- Jette et/ou détruit des objets appartenant à l'environnement
- Résistance au changement (lieux, horaires, autres ...)
- Intolérance à la frustration, au refus
- Absence de réaction face à une douleur physique
- Conduites apathiques. A besoin de stimulation

ETAT SENSORIEL

La personne présente-t-elle : Une déficience auditive OUI NON

Une déficience visuelle OUI NON

Si oui, précisez le degré d'atteinte et l'aide technique existante

.....

La personne présente-t-elle des particularités sensorielles ?

Olfactive	Hyper <input type="checkbox"/>	Gustative	Hyper <input type="checkbox"/>
	Hypo <input type="checkbox"/>		Hypo <input type="checkbox"/>
Vetibulaire	Hyper <input type="checkbox"/>	Tactile	hyper <input type="checkbox"/>
	Hypo <input type="checkbox"/>		Hypo <input type="checkbox"/>
Visuelle	Hyper <input type="checkbox"/>	Auditif	Hyper <input type="checkbox"/>
	Hypo <input type="checkbox"/>		Hypo <input type="checkbox"/>

Observations :

.....

.....

.....

AUTONOMIE – DEPENDANCE

Vie quotidienne – Motricité – déplacement**Alimentation**

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Solide et normale | <input type="checkbox"/> | Mixée | <input type="checkbox"/> | coupée petit | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la déglutition | <input type="checkbox"/> | Mange peu | | | <input type="checkbox"/> |
| Aucune participation active | <input type="checkbox"/> | Mange moyennement | | | <input type="checkbox"/> |
| Mange avec aide | <input type="checkbox"/> | Mange beaucoup | | | <input type="checkbox"/> |
| Mange sous surveillance | <input type="checkbox"/> | Phase de boulimie | | | <input type="checkbox"/> |
| Mange seule | <input type="checkbox"/> | Phase d'anorexie | | | <input type="checkbox"/> |

Hydratation

- | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Boit seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | | |
| Avec sollicitation | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | | |
| Liquide | <input type="checkbox"/> | Eau gélifiée | <input type="checkbox"/> | Potomanie | <input type="checkbox"/> |

Repas

La personne a-t-elle des goûts particuliers, manifeste-t-elle des choix ?

.....

Aide technique ? (Couverts adaptés, autres)

.....

Allergie alimentaire connue :

La personne est-elle en capacité de prendre ses médicaments seule ? oui Non

Régime particulier :

Observations :

.....

.....

.....

Toilettes

- Se lave seul(e)
- Se lave seul(e) avec sollicitation verbale
- Se lave avec sollicitation gestuelle
- Aucune participation
- Se rase seul
- Rasoir électrique ou mécanique
- Préférence particulière bain Douche toilette lit Lavabo

Lavage des dents

- Se lave les dents seul(e)
- Se lave les dents avec sollicitation verbale
- Se lave les dents avec sollicitation gestuelle
- Aucune participation
- Brosse à dent : électrique manuelle

Lavage des cheveux :

- Se lave les cheveux seul(e)
- Se lave les cheveux avec sollicitation verbale
- Se lave les cheveux avec sollicitation gestuelle
- Aucune participation

Habillage

- S'habille seul(e)
- S'habille avec sollicitation verbale
- S'habille avec sollicitation gestuelle
- Aucune participation
- La personne choisit-elle ses vêtements Oui

Déshabillage

- Se déshabille seul(e)
- Seul avec sollicitation verbale
- Avec aide
- Aucune participation
- Non

Observations :

.....

.....

.....

PROPRETE – CONTINENCE

- Continent (e)
- Continent (e) si sollicitation lesquelles :
- Problèmes ponctuels Si change, taille nécessaire :
- Incontinence de nuit
- Incontinence totale
- Aides techniques Si oui lesquels :

Observation :

.....

.....

.....

.....

.....

DEPLACEMENTS

- Marche seul (e)
- Marche avec aide
- Déplacement en fauteuil manuel
- En fauteuil électrique
- Aucun déplacement
- Conscience du danger oui non
- Monte et descend les marches
- Aides techniques Détail :
- Transfert seul

Peut-il se déplacer seul dans l'établissement ?

A l'intérieur oui non

A l'extérieur oui non

Observation :

.....

.....

.....

.....

.....

SOMMEIL et ENDORMISSEMENT

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Normal | <input type="checkbox"/> | Très difficile | <input type="checkbox"/> |
| Insomnie | <input type="checkbox"/> | Angoissé | <input type="checkbox"/> |
| Ronflement | <input type="checkbox"/> | Lent | <input type="checkbox"/> |
| Réveil nocturne | <input type="checkbox"/> | Rapide | <input type="checkbox"/> |

La personne a-t-elle besoin de repos dans la journée oui non

Y a-t-il des rituels à respecter pour le coucher oui non

Si oui lesquels ?.....
.....
.....
.....

Matériel adapté ? si oui lequel ?

Observation :
.....

HABITUDES DE VIE.....
.....
.....



Etablissement Public Médico Social de
l'Anjou

DOSSIER MEDICAL

A retourner dans une enveloppe séparée cachetée

Nom : Prénom :

Née le :

Poids :

Taille :

Vaccinations : (joindre photocopie du carnet de santé)

ANTECEDENTS ET HISTOIRE DE LA MALADIE ET/OU DU HANDICAP

-
-
-

DIAGNOSTIC ETHIOLOGIQUE :

-
-
-

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Troubles psychotiques OUI NON

Troubles névrotiques OUI NON

Démence OUI NON

Autres (s) OUI NON Lesquels ?

.....

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Hétéro agressivité :

Auto agressivité :

Agitation :

Inhibition :

TROUBLES DES CONDUITES

Alimentaire	Boulimie	OUI	NON
	Anorexie	OUI	NON
	Autre(s)		

TROUBLE DE L'HUMEUR

Dépression	OUI	NON
Manie	OUI	NON
Hypomanie	OUI	NON

TROUBLES DU LANGUAGE OU DE LA PAROLE

-
-

TROUBLES DEFICIENCE INTELLECTUELLE ET COGNITIVE

Niveau	Léger	<input type="checkbox"/>
	Moyen	<input type="checkbox"/>
	Profond	<input type="checkbox"/>
Mode	Harmonique	<input type="checkbox"/>
	Dysharmonique	<input type="checkbox"/>

DEFICIENCE MOTRICE

OUI NON

Si oui préciser :...

TROUBLES NEUROLOGIQUES

Epilepsie	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	Partielle	<input type="checkbox"/>
Préciser :					Généralisé	<input type="checkbox"/>
Autres :					Stabilisé	<input type="checkbox"/>

Type d'épilepsie :

Fréquence des crises :

Suivi neurologique	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Coordonnées du ...				

TROUBLES PSYCHOMOTEURS

-
-
-

DEFICIENCE SENSORIELLE :

Visuelle OUI NON

Si oui préciser :.....

Auditive OUI NON

Si oui préciser :.....

Autres à préciser :

DEFICIENCES VISCERALES :

-

ALLERGIES : OUI NON

Si oui préciser :

TRAITEMENT ET THERAPIES :

-
-
-
-
-

Observations particulières du praticien :

-
-
-

Suivi Psychatrique : OUI NON SI OUI Coordonnée du médecin psychiatre :

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

Prise en charge rééducative :

Kinésithérapie Orthophoniste

Ergothérapeute Psychologue

Coordonnées :

Fréquences :

Suivis particuliers :

Nom et Cachet du Médecin :