

**DOSSIER UNIQUE DE PREADMISSION
EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE (M.A.S),
FOYER ACCUEIL MÉDICALISÉ (F.A.M) ET FOYER DE VIE**

Ce dossier peut être photocopié et remis à un ou plusieurs établissements de votre choix faisant parti du réseau des partenaires.

Excepté l'orientation MDPH/MDA à joindre au dossier, tous les documents à fournir seront à transmettre uniquement lors de votre rencontre avec l'établissement.

Il est disponible sur informatique et peut-être transmis aux établissements sous forme numérique.

Le dépôt du dossier ne vaut pas admission. Toute admission reste de la prérogative de chaque établissement qui s'engage à donner une réponse.

La demande d'admission doit être en lien avec les préconisations de la MDPH/MDA qui vous ont été communiquées.

L'expérimentation : 1^{er} Juin au 31 décembre 2018

Afin de faciliter les démarches administratives lors d'une inscription en MAS/FAM/Foyer de vie, les établissements référencés sur la liste ci-jointe expérimentent un dossier unique d'admission du 1^{er} mai au 30 novembre 2018.

A l'issue de cette période une évaluation du document et de son utilisation amènera à une harmonisation du dossier d'admission.

MODE D'EMPLOI

Le dossier unique de préadmission est composé de trois volets que nous vous demandons de remplir de manière la plus exhaustive possible :

- Un volet administratif,
- Un volet médical,
- Un volet autonomie et participation sociale.

Ce document a été réalisé afin d'être utilisé pour vos différentes recherches d'admission auprès de tous les établissements (MAS/FAM/Foyers de Vie) de Loire Atlantique et de certaines structures d'autres départements (dont vous trouverez la liste jointe).

La liste des établissements est à conserver. Une case est spécifiquement dédiée à annoter la date



A l'initiative de BRAIN-TEAM, en partenariat avec :



NOM / PRÉNOM DU CANDIDAT :

DATE DE RÉCEPTION DU DOSSIER : -- / -- / ----
(Partie remplie par l'établissement)

N° D'ENREGISTREMENT :
(Partie remplie par l'établissement)

Document en phase d'expérimentation en Loire Atlantique et sur quelques autres établissements en France - Du 1^{er} juin au 31 décembre 2018

VOLET ADMINISTRATIF

Document complété le :

Photo récente



1. CANDIDAT A LA PRE-INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Sexe : Homme Femme

Date et lieu de naissance :

à

Pays : France Autre, précisez :Situation familiale actuelle : Célibataire Marié Vie Maritale Pacs Divorcé Veuf/Veuve

Nom / Prénom du conjoint :

Enfant : OUI NON

Si oui, nombre d'enfants :

, âge des enfants :

Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

2. SITUATION ADMINISTRATIVE – DOSSIER COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE HANDICAPEE (CDAPH)

CDAPH n° de dossier :

Département CDAPH :

Date de validité :

Décision d'orientation : MAS FAM Foyer de vie Autre, précisez :*(Joindre une copie d'orientation à jour)* Accueil permanent Accueil temporaire Accueil de jour Autre, précisez :

3. LA DEMANDE (JOINDRE LA NOTIFICATION MDPH/MDA)

Vous pouvez cocher plusieurs cases

	Accueil permanent	Accueil de jour	Accueil temporaire	Autre, précisez
Entrée en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Entrée en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Entrée en foyer de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Échange inter-établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre, précisez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. INITIATIVE DE LA DEMANDE

Vous pouvez cocher plusieurs cases

Résident Représentant légal Famille Etablissement d'accueil actuel, lequel :

Autre, précisez :

Le dossier est complété par : Nom/Prénom : Mr Mme

En qualité de :

Demeurant à (adresse complète) :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

Contexte/Motif de la demande d'admission (exemple : séjour de répit, séjour de rupture, confirmation du choix d'un établissement, observations avant le choix d'un établissement, etc...) :

5. PERSONNE A CONTACTER POUR L'ETUDE DU DOSSIER

(Les personnes peuvent être contactées pour un complément d'information)

Nom/Prénom : Téléphone :

Mail : Nature du lien (père, mère, ami(e)...):

Représentant légal : OUI NON

6. SITUATION ACTUELLE

La personne est :

	Établissement/ Service	Adresse	Tél	Mail
Hospitalisée	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En établissement spécialisé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En famille d'accueil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre, précisez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP :

 Naissance

Accident Date : Précisez les circonstances :

Pathologie/Maladie Date : Précisez la pathologie :

Autre, précisez :

7. MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

- Sans mesure Curatelle Tutelle Co-tutelle Sauvegarde de justice
 Mesure en cours

Date de fin de validité de la mesure de protection :

Assurée par :

Nom/Prénom : Lien de parenté ou organisme :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Mail :

8. PARCOURS SCOLAIRE OU EN ETABLISSEMENT SPECIALISE ET PARCOURS PROFESSIONNEL

ANNEES	TYPE ETABLISSEMENT OU EMPLOYEUR

VOLET MEDICAL

(A compléter par un médecin traitant ou un spécialiste)

Document complété le :

Pour :

Nom : Prénom :

Par :

Nom : Prénom : Qualité :

Signature + cachet du médecin ou spécialiste :

1. LES PROFESSIONNELS MEDICAUX QUI SUIVENT LA PERSONNE

	Nom / Prénom	Adresse	Tél
Médecin référent	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médecin psychiatre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. PATHOLOGIE DE LA PERSONNE

ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP :

Naissance

Accident

Date :

Précisez les circonstances :

Pathologie/Maladie

Date :

Précisez la pathologie :

Autre – Précisez :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

(Notamment nature et origine du handicap avec les dates – interventions chirurgicales)

Protocole(s) spécifique(s), précisez :

TRAITEMENT / SUIVI / ET SURVEILLANCE PARTICULIERE A ENVISAGER :

Protocole de contention, précisez :

3. ETAT DE SANTÉ

Taille :

Poids :

 Droitier Gaucher

ETAT PSYCHIQUE :

	Absence	Léger	Important	Majeur
Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du caractère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble conduite alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déambulation / fugues :

 OUI NON

Addiction :

 OUI NON

Si oui, laquelle :

COMMENTAIRES :

4. SOINS ET SURVEILLANCE PARTICULIERS :

KINESITHERAPIE :

 OUI NON

Précisez la prescription (acte(s) et durée) :

ORTHOPHONISTE :

 OUI NON

Précisez acte(s) et durée :

DISPOSITIFS MÉDICAUX :

- Oxygène
- Sonde urinaire
- Dialyse
- Assistance respiratoire
- Sonde gastrique
- Stomie

Autre (précisez) :

Précisez le protocole :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

VOLET AUTONOMIE ET PARTICIPATION SOCIALE

Nom : Prénom : Document complété le :

BESOINS POUR L'ENTRETIEN PERSONNEL

1. BESOINS POUR LA TOILETTE

AUTONOMIE

Seul Aide partielle, précisez : Aide totale, précisez :

MATERIEL SPECIFIQUE

Aucun Lève personne Autre, précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LA TOILETTE – Précisez :

2. BESOINS POUR PRENDRE SOIN DES PARTIES DE SON CORPS/LAVAGE

POSITION

Allongée Assise Debout Autre, précisez :

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
Se lave seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide partielle pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

MATERIEL SPECIFIQUE

Aucun Tabouret/Fauteuil de douche Lève-personne Brancard élévateur pour le bain
 Verticalisateur Lit douche Autre, précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR PRENDRE SOIN DES PARTIES DE SON CORPS – Précisez :

3. BESOINS POUR L'ELIMINATION

AUTONOMIE

- Va de lui-même aux toilettes Manifeste son envie – Précisez :
- Doit être sollicité – Précisez : Port de changes : Nocturne Diurne

Fréquence des changes (nombre/jour – nuit + heures) :

Participation lors du change : Aide totale Aide partielle Autre, précisez :

MATERIEL ET INSTALLATION SPECIFIQUES NECESSAIRES

- Installation sur les toilettes Installation sur un Montauban Urinal / Bassin
- Installation avec rehausseur (fournir la prescription)
- Sangle prescrite (fournir la prescription de contention) Sonde urinaire Poche urinaire
- Poche de stomie Autre, précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR L'ELIMINATION – Précisez (ex, peut toucher ses selles, risque de coprophagie, etc..) :

4. BESOINS POUR S'HABILLER ET SE DESHABILLER

HABILLAGE

POSITION

	Pour le haut du corps	Pour le bas du corps	Précisez
Allongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
S'habille seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide partielle pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

BAS DE CONTENTION

- OUI NON

HYGIENE ET CHOIX VESTIMENTAIRE

	Choisit ses habits	Hygiène vestimentaire	Précisez
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Avec une aide partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR L'HABILLAGE – Précisez :

DESHABILLAGE

POSITION

	Pour le haut du corps	Pour le bas du corps	Précisez
Allongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
Se déshabille seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide partielle pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aide totale pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LE DESHABILLAGE – Précisez :

5. BESOINS POUR S'ALIMENTER

AUTONOMIE

Mange : Seul Aide partielle

, précisez :

 Gastrotomie

Risque de fausses routes : OUI NON Précisez, comment les éviter :

MATERIEL ET INSTALLATION SPECIFIQUES NECESSAIRES

Matériel adapté : OUI, précisez (cuillère, assiette, etc...) : NON

Appareillage dentaire : OUI, précisez : NON

Installation spécifique : Besoin d'isolement Besoin de prendre ses repas en collectif

Autre, précisez :

TEXTURE DES ALIMENTS

Normale Mixée Liquide Hachée Autre – précisez :

REGIME ET GOUTS ALIMENTAIRES

Régime/ allergies/Aliments contre-indiqués	Préférences alimentaires	Dégouts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BESOINS PARTICULIERS / HABITUDES OU VIGILANCES POUR LES REPAS – Précisez :

6. BOISSONS/HYDRATATION

AUTONOMIE

Boit : Seul Aide partielle, précisez : Aide totale Gastrotomie

Risques de fausses routes : OUI, précisez comment les éviter NON

MATERIEL ET INSTALLATION SPECIFIQUES NECESSAIRES

Matériel adapté : OUI, précisez (verre, paille, etc) : NON

Installation spécifique : Besoin d'isolement Autre, précisez :

TEXTURE

Normale Gélifiée Gazeuse Gastrotomie Autre, précisez :

REGIME ET GOUTS

Boissons contre-indiquées/Vigilance à l'alcool	Préférences	Dégouts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BESOINS PARTICULIERS / HABITUDES OU VIGILANCES POUR PRENDRE LES BOISSONS – Précisez :

--

7. BESOINS POUR LE SOMMEIL**LE SOMMEIL**

	REVEIL	COUCHER	SIESTE
Heure habituelle			

MATERIEL SPECIFIQUE**Le lit :**

Électrique Mécanique Barrières Potence Lit bas (fournir la prescription)

Autre, précisez :

Protections de barrières : OUI NON

BESOIN DE MATERIEL SPECIFIQUE AU LIT (ex : oreiller anatomique, cales, coussins, etc...) – Précisez :

--

Matelas anti-escarres : OUI NON

Si oui : Gaufrier (« à plots ») Mousse mémoire Air (si matelas à air, fournir l'ordonnance 72h avant l'accueil)

Autre, précisez :

Couchage : Traversin Draps Arceau Oreiller Couverture Alèze absorbante

Autres, précisez :

Vêtements :

Chemise de nuit Pyjama Cotte Culotte ou Body Aucun Autres, précisez :

Médicaments pour le sommeil :

Ne prend pas de médicament pour le sommeil Traitement en cours de nuit

Somnifère

BESOINS PARTICULIERS FAVORABLES A L'ENDORMISSEMENT (TV, lumière, musique, peluche, hydratation, etc...)

Précisez :

--

SECURITE LA NUIT
Risque de chute du lit : OUI NON **Utilisation d'une sonnette d'appel :** OUI NON

Position : Sur le dos Sur le ventre Prévention d'escarres, précisez :

 Changement de position, précisez : Autre, précisez :

BESOINS PARTICULIERS / POINT DE VIGILANCE/ COMPORTEMENT NOCTURNE (sommeil tranquille, agitation, peurs particulières, fermeture de la porte à clef, etc...) **OU PROTOCOLE** – Précisez :

--

BESOINS EN LIEN AVEC LES RELATIONS ET LES INTERACTIONS AVEC AUTRUI
8. BESOINS POUR COMMUNIQUER/MENER UNE CONVERSATION OU UNE DISCUSSION
COMMUNICATION AUDITIVE

	Oreille gauche	Oreille droite	Précisez
Audition altérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prothèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres, précisez :			

COMMUNICATION VISUELLE

	Œil gauche	Œil droit	Précisez
Vision altérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunettes pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lentilles pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres, précisez :			
---------------------------	--	--	--

COMMUNICATION VERBALE

COMPREND : Langage Quelques phrases simples Les gestes Quelques mots L'intonation
 Les mimiques Le regard Vocalisation Autres, précisez :

S'EXPRIME PAR : Langage adapté Quelques phrases adaptées Quelques mots adaptés
 Des sons significatifs L'intonation Les gestes Les mimiques Le regard
 Autre (pictogramme), précisez :

Capacité à exprimer ses choix : OUI NON

Peut répondre par : OUI NON Comment :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR COMMUNIQUER – Précisez :

9. BESOINS POUR LES INTERACTIONS AVEC AUTRUI

RELATION AVEC LES AUTRES RESIDENTS

Les recherche Les sollicite Indifférent

TOUCHER/CONTACT

Apprécie le contact physique, lequel : Le sollicite Indifférent Le repousse
 Fluctuant Autres, précisez :

Mode de contact le plus apprécié (toucher, parole, jeux...) :

Préférences pour certaines textures, précisez :

Répulsions pour certaines textures, précisez :

SENSIBILITÉ

A la douleur, précisez : **Au chaud,** précisez :
 Au froid, précisez : **Aucune sensibilité,** précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LES INTERACTIONS AVEC AUTRUI – Précisez :

BESOINS POUR LA MOBILITE

10. BESOINS POUR LA MOBILITE

DEPLACEMENT A L'INTERIEUR

N'a pas besoin de matériel Cannes Déambulateur Verticalisateur

Fauteuil roulant, précisez : Electrique Manuel Avec aide Seul

Aménagement particulier, précisez (ex : fauteuil, coquille) :

Autre, précisez :

DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR

N'a pas besoin de matériel Cannes Fauteuil roulant Déambulateur Electrique Manuel

Avec aide Seul Autres, précisez :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LES DEPLACEMENTS – Précisez :

BESOINS POUR PRENDRE DES DECISIONS ADAPTEES ET POUR LA SECURITE

11. BESOINS POUR S'ORIENTER DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE

DISTINCTION

Jour/nuit : OUI NON Matin / Après-midi : OUI NON Jours de la semaine : OUI NON

REPERES

Dans l'espace : OUI NON Dans les locaux habituels : OUI NON

A l'extérieur : OUI NON

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR S'ORIENTER DANS LE TEMPS ET L'ESPACES

Précisez :

12. BESOINS POUR PRENDRE DES DECISIONS ET DES INITIATIVES

NOTION DU DANGER

Pour lui-même : OUI NON Pour les autres : OUI NON

PRISE DE DECISION

Peut se mettre en danger : OUI NON Peut mettre en danger les autres : OUI NON

AUTORISATION DE SORTIE

Peut sortir seul sans danger : OUI NON, précisez :

Est autorisé à sortir seul : OUI NON

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR PRENDRE DES DECISIONS ET DES INITIATIVES

Précisez :

13. BESOINS POUR GERER LE STRESS / AUTRES EXIGENCES PSYCHOLOGIQUES

COMPORTEMENT

Sensibilité aux ambiances bruyantes (cris, bruits, etc...), précisez :

S'intéresse à ce qui l'entoure (lieux, objets, etc. ...), précisez :

S'intéresse à ce qui se passe autour de lui (événements, activités), précisez :

Capacité d'adaptation, précisez :

Réaction à la frustration, précisez :

Situations particulières (automutilation, potomanie, etc...), précisez :

Surveillances particulières (ingestion de substances non alimentaires), précisez :

Objet transitionnel, précisez : Auto agressivité, précisez :

Hétéro agressivité, précisez : Désinhibition, précisez :

Protocoles du trouble du comportement, précisez :

Risque de fugue

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LA GESTION DU STRESS – Précisez :

BESOINS POUR LA PARTICIPATION SOCIALE

14. BESOINS EN LIEN AVEC LA RECREATION ET LES LOISIRS

CENTRES D'INTERETS

Activités intérieures favorites (musique, TV, coloriage, sieste, dessin, ...) :

Activités extérieures favorites (ballade, cinéma, courses, ..) :

Lieux et ambiances préférés pour les sorties, précisez :

Contacts possibles avec l'animal ? OUI NON Précisez :

Autres, précisez :

PREFERENCE POUR LES ACTIVITES

Activités individuelles Activités en petit groupe Activité de groupe Indifférent

HABITUDES DE VIE

La personne fume-t-elle ? OUI NON

Besoin d'une intervention éducative ? OUI NON Précisez (fumer, gestion budgétaire,...) :

BESOINS PARTICULIERS OU POINTS DE VIGILANCE POUR LA RECREATION ET LES LOISIRS

Précisez :