

DOSSIER D'ADMISSION

Nom et prénom :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN :

INTERNAT EXTERNAT

*Ce dossier devra être rempli par l'organisme ou la personne qui formule la demande.
Il devra être adressé :*

par courrier à l'adresse suivante :

*Maison d'Accueil Spécialisée
« Soleil des Jalles »
Allée de Preuilha
33160 SAINT MEDARD EN JALLES*

ou par fax au n°05-57-93-29-75

ou par mail à l'adresse mail suivante : vraoux@ch-perrens.fr / hrizzo@ch-perrens.fr

Ce dossier comprend 3 volets :

- N°1 : volet administratif (Page 3)
- N°2 : volet évaluation profil (Page 9)
- N°3 : volet médical (Page 12)

LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER :

Photocopies :

- *Carte d'identité*
- *Carte d'invalidité*
- *Notification d'orientation*
- *Carte de sécurité sociale*
- *Carte de mutuelle*
- *Attestation de responsabilité civile personnelle*
- *Jugement de Tutelle*
- *Comptes-rendus d'évaluations pluridisciplinaires*
- *Pour les demandes concernant les personnes souffrantes de trouble du spectre autistique (TSA), joindre pour étayer le diagnostic, une des échelles suivantes :*
 - *ADI*
 - *CARS*
 - *PDD-MRS*
- *Estimation de l'échelle de VINELAND (âge développemental) - EFI (évaluation de l'autonomie)*
- *Comptes-rendu et synthèses des établissements fréquentés*
- *Dernier projet d'accompagnement*
- *Dossier médical (traitements...)*

VOLET N°1 : ADMINISTRATIF

① ETAT CIVIL DE LA PERSONNE DONT L'ADMISSION EST DEMANDEE

 (Joindre la photocopie de la carte d'identité)

Nom : Prénoms :
Né(e) le à Pays :
Sexe : Nationalité :
Demeurant à (commune) : Code Postal :
Rue - Lieu dit :
.....
.....
Tél :

SITUATION DE FAMILLE (rayer les mentions inutiles) :

* Célibataire * Marié(e)
* Divorcé(e) * Veuf(ve)

② RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX concernant la personne dont l'admission est demandée

Nom et prénom du père : Date de naissance :
Adresse :
.....
..... Code Postal :

Profession : Tél : Mail :

Nom et prénom de la mère : Date de naissance :
Adresse :
.....
..... Code Postal :

Profession : Tél : Mail :

Autres :

Nom et prénom : Lien de parenté :
Adresse :
.....
..... Code Postal :

Profession : Tél : Mail :

FRERES ET SOEURS :

Nom et prénom	Née (le)	Activité	Adresse et téléphone

③ RELATIONS AVEC LA FAMILLE

La famille souhaite-t-elle un placement temporaire ou à long terme, des retours en famille réguliers ou des visites sur place ? Quelles sont ses demandes ?

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

④ PROTECTION JUDICIAIRE concernant la personne dont l'admission est demandée

Bénéficiez vous d'une mesure de protection judiciaire Oui Non

Si oui, laquelle (*Entourer la mesure mise en place*)

SAUVEGARDE DE JUSTICE - CURATELLE - TUTELLE

(Joindre la photocopie de la décision)

Date du jugement :

Adresse du tribunal :

Nom et adresse de l'administrateur légal:

Lien de parenté avec l'intéressé(e) :

La personne pour laquelle le placement est sollicité est-elle informée ? Oui Non

Tél : Mail :

⑤ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION

Placement actuel de l'intéressé(e) : Tél :
.....
Nom et adresse du médecin référent : Tél :
.....
Nom, adresse, qualité de la personne formulant la demande :
.....
..... Tél :
Nom, adresse de l'assistante sociale ou de l'organisme formulant la demande :
.....
.....
..... Tél :

AUTRES ETABLISSEMENTS FREQUENTES :

Nom de l'établissement	Adresse	Personnes à contacter (nom + téléphone)	Période

⑥ AVIS DE LA C.D.A.P.H (COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPEES) (Plus de 20 ans) Immeuble le Phénix 264 Bld Godard 33300 BORDEAUX

1) ORIENTATION MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE

☞(Joindre la photocopie de la décision)

Date d'application de la décision : Durée :
Date de fin de validité :

2) **PRESTATIONS** concernant la personne dont l'admission est demandée

Percevez-vous l'une des prestations indiquées ci-dessous ?

(Joindre la photocopie de la décision)

Prestations	Date notification	Date de fin de validité
Allocations aux Adultes handicapés (AAH)		
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)		
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)		
Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et/ou complément.		
Autres (à préciser).....		

N° d'allocataire CAF :

3) **CARTE D'INVALIDITE**

(Fournir la photocopie de la décision et de la carte d'invalidité)

Délivrée le : par :

Numéro de carte : Date de validité :

Taux d'invalidité :

⑦ PERCEVEZ VOUS UNE OU PLUSIEURS PENSIONS ?
(Exemple : pension d'invalidité)

NATURE	NUMERO D'INSCRIPTION	ADRESSE DE L'ORGANISME DEBITEUR

⑧ ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PERSONNELLE

📎 Fournir la photocopie de l'attestation d'assurance

Nom et adresse :
N° de contrat.....

⑨ COUVERTURE SOCIALE concernant la personne dont l'admission est demandée

📎 Fournir la photocopie de l'attestation de la carte vitale

DROITS DE SECURITE SOCIALE ? (cocher la case) Oui Non

A quel titre ? (Cocher les cases ci-dessous) :

C.M.U Oui Non

Assurance volontaire (ou personnelle) Oui Non

Ayant droit Oui Non

Autre cas (veuillez préciser) :

Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale :

Numéro de matricule :

.....	Clé
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----	-------

SI VOUS ETES AYANT DROIT :

Nom de l'assuré (e) :

Lien de parenté :

Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale :

Numéro de matricule :

.....	Clé
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----	-------

⑩ MUTUELLE OU ASSURANCE COMPLEMENTAIRE concernant la personne dont l'admission est demandée

📎 Fournir la photocopie de la carte de mutuelle ou/et assurance complémentaire

Bénéficiez vous d'une mutuelle ou/et d'une assurance complémentaire : Oui Non

Si oui, préciser le nom et l'adresse de l'organisme :

Nom de l'adhérent :Numéro d'adhérent :

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE :

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

Nom, qualité et lien de parenté de la personne qui demande le placement :

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

Fait à

Fait à

Le

Le

Signature de la personne
(pour laquelle le placement est sollicité)

Signature du représentant légal

VOLET N°2 : EVALUATION PROFIL

COMMUNICATION

➤ EXPRESSION

- verbale
- gestuelle
- supports alternatifs : objet pictos photos langue des signes

➤ COMPRÉHENSION

- verbale
- gestuelle
- supports alternatifs : objet pictos photos langue des signes

VULNÉRABILITÉ ET PARTICULARITÉS SENSORIELLES (hypo ou hyper-réactivité sensorielle, aménagement de l'espace ou matériel nécessaire, etc.) :

NATURE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT :

STRATÉGIES D'APAISEMENT :

RENFORÇATEURS POTENTIELS (phrases, situations ou objets motivants) :

ROUTINES / RITUELS D'ACCOMPAGNEMENT :

AUTONOMIE DU QUOTIDIEN

REPAS

- mange seul besoin d'aide partielle besoin d'aide totale
 texture normale hachée lisse
 boisson normale gazeuse gélifiée tendance à potomanie

CONTINENCE

- Jour :** autonome besoin de sollicitation besoin de protection
Nuit : autonome besoin de sollicitation besoin de protection

HABILLAGE

- s'habille seul guidance verbale aide physique partielle aide physique totale

DÉSHABILLAGE

se déshabille seul
physique totale guidance verbale aide physique partielle aide

HYGIENE

➤ **Corps :**

autonome
physique totale guidance verbale aide physique partielle aide

➤ **Mains :**

autonome
physique totale guidance verbale aide physique partielle aide

➤ **Dents :**

autonome
physique totale guidance verbale aide physique partielle aide

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

✍ ETAT PSYCHIATRIQUE ACTUEL (Diagnostic psychiatrique et thérapeutique) :

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

✍ CONCLUSIONS :

Avis médical :

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

La personne concernée est-elle informée de la demande de placement en MAS ?

Oui Non

Donne-t-elle son consentement ?

Oui Non

Nom, qualité et lien de parenté de la personne qui demande le placement :

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

RELEVÉ DE DIAGNOSTICS

Placement actuel de l'intéressé(e)

.....

Secteur

Unité

Médecin référent

Date de la 1ere cotation.....

NOM :

Prénoms :

Né(e) le :

Si moins de 20 ans

SCP Principale

SC

SCP Associée

SC

Si plus de 20 ans

Diagnostic Psy Principal

F

SCP Psy associé

F

Dans tous les cas

Diagnostic psy Longitudinal

F

Morbidité Mortalité

X

Diagnostic som Ass 1 :

(ou en clair)

Diagnostic som Ass 2 :

(ou en clair)

Diagnostic Env 1 :

(ou en clair)

Diagnostic Env 2 :

(ou en clair)

EGF Echelle Globale de Fonctionnement

Fait à :, le

Signature du médecin et cachet