

**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](mailto: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

A la personne

Curatelle

Simple

Renforcée

Habilitation familiale

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



### Troubles du comportement alimentaire

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

A préciser (mange rapidement, en excès...) :

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

### REPOS / SOMMEIL

La personne a-t-elle besoin d'un ou plusieurs moments de repos au cours de la journée ? Oui  Non

La personne a-t-elle besoin d'un accompagnement pour se lever ? Oui  Non

La personne a-t-elle besoin d'un accompagnement pour se coucher ? Oui  Non

Quelle est l'heure habituelle du lever ? .....  
du coucher ? .....

Quels sont les rituels du lever ?  
.....  
.....

Quels sont les rituels du coucher ?  
.....  
.....

Quelle est la qualité de son sommeil ?  
.....  
.....

Prend-elle un traitement ?  
.....  
.....

Y a-t-il un positionnement spécifique à respecter ?  
.....  
.....

Si matériel spécifique, préciser :  
.....  
.....

Quelle tenue porte-t-elle la nuit ?  
.....  
.....

 **MOBILITE**

Comment la personne se déplace-t-elle le plus souvent ?

A l'intérieur :

A l'extérieur :

La personne peut-elle se déplacer seule sans se mettre en danger ? Oui  Non

A préciser :

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

La personne a-t-elle besoin d'un accompagnement dans les déplacements ? Oui  Non

A préciser :

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

Pour les déplacements	Pour les levers/couchers/transferts du lit au fauteuil et du fauteuil au lit
<p>La personne se déplace en :</p> <p>Marchant                    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Chaussures adaptées (*)                    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Déambulateur                    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Fauteuil manuel (*)                    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Fauteuil électrique (*)                    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres                    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez :</p>  <p>(*) Prévoir la photocopie de la facture d'achat et/ou une photocopie de l'attestation d'assurance</p>	<p>La personne sait-elle se tenir debout ? (Combien de temps)</p> <p>..... .....</p> <p>Le temps d'un change ? d'une toilette ?</p> <p>..... .....</p> <p>Vigilance particulière : risque de chutes ?</p> <p>..... .....</p> <p>Verticalisateur                    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Lève personne                    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Appareillage                    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

## **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			

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"/>		

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			
<b>Comportements</b>			
Potomanie			
Cleptomanie			
Cris			
Gestes incessants			
Troubles du sommeil			
Troubles de l'appétit			

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