

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

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 ?
.....
.....

ACCOMPAGNEMENT

1. Lever/toilette

| Habitudes | Autonomie |
|---|---|
| <p>Douche <input type="checkbox"/> Bain <input type="checkbox"/></p> <p>Toilette au lit <input type="checkbox"/></p> <p>Le moment de la toilette : matin <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/></p> <p>Fréquence :</p> <p><u>A préciser :</u></p> <p>Matériel utilisé au moment des toilettes :</p> <p>Est-elle sensible au toucher Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Est-ce un moment de plaisir <input type="checkbox"/> de déplaisir <input type="checkbox"/> d'angoisse <input type="checkbox"/></p> | <p>Se lave seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/></p> <p>Aide totale <input type="checkbox"/> Avec guidance verbale <input type="checkbox"/> physique <input type="checkbox"/></p> <p><u>A préciser :</u></p> <p>Connaissance du schéma corporel ? (différentes parties de son corps)</p> <p>La personne est-elle sensible à certains parfums/odeurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><u>A préciser :</u></p> |
| Hygiène Bucco-dentaire | Rasage/Epilation/Image de soi |
| <p>Brossage des dents : Seul <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Avec guidance verbale <input type="checkbox"/> physique <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/></p> <p>Appareil dentaire <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas <input type="checkbox"/></p> <p>Soins de bouche <input type="checkbox"/></p> <p>Fréquence :</p> <p>Est-ce un moment facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/></p> <p><u>A préciser :</u></p> | <p>Electrique <input type="checkbox"/> A main <input type="checkbox"/></p> <p>Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec guidance verbale <input type="checkbox"/> physique <input type="checkbox"/></p> <p>Fréquence :</p> <p>Habitudes (moustache, barbe) :</p> <p>Epilation Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Les habitudes : Coiffure, habillage, bijoux :</p> <p><u>A préciser :</u></p> |

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

3. Alimentation

| Habitudes | Régime/Allergie(s) alimentaire(s) |
|--|---|
| <p>Autonomie <input type="checkbox"/></p> <p>Aide partielle <input type="checkbox"/></p> <p>Aide totale <input type="checkbox"/></p> <p>Vaisselle adaptée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>A préciser :</p> | <p>La personne suit-elle un régime particulier ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lequel :</p> <p>.....</p> <p>Présente-t-elle des allergies ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lesquelles :</p> <p>.....</p> |
| Texture | Boissons |
| <p>Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Hachée <input type="checkbox"/> (légumes normaux, viande hachée)</p> <p>Mixée <input type="checkbox"/> (aliments en purée, viande hachée)</p> <p>Semi-liquide <input type="checkbox"/></p> <p>A préciser :</p> <p>Y'a t'il des risques de « fausses routes » ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> | <p>Liquide <input type="checkbox"/></p> <p>Gélifiée <input type="checkbox"/></p> <p>Epaissie <input type="checkbox"/></p> <p>Gazeuse <input type="checkbox"/></p> <p>Avec paille <input type="checkbox"/> Sans paille <input type="checkbox"/></p> <p>Vaisselle adaptée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, laquelle :</p> <p>.....</p> <p>Autres :</p> <p>.....</p> |
| Goûts alimentaires | |
| <p>La personne est-elle sensible au goût ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p> aux odeurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Goûts/dégoûts :</p> <p>Ce qu'elle aime :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ce qu'elle n'aime pas :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |

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 :

.....

Adresse :

.....
.....

N° de téléphone :

Adresse mail :@.....

Le futur résident est-il suivi par des médecins spécialistes ? (psychiatre, neurologue, MPR, etc...)

OUI NON

Noms et coordonnées des médecins spécialistes :

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

| | | |
|--|--|---|
| <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