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

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 : 1er 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 1er 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 Vide) 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

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 1er 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 COMISSION 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)	☐	☐	☐	
Entrée en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)	☐	☐	☐	
Entrée en foyer de vie	☐	☐	☐	
Échange inter-établissement	☐	☐	☐	
Autre, précisez				

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				
A domicile				
En établissement spécialisé				
En famille d'accueil				
Autre, précisez				

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 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)	☐	☐	
Aide partielle pour	☐	☐	
Aide totale pour	☐	☐	

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	☐	☐	
Assise	☐	☐	
Debout	☐	☐	

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
S'habille seul(e)	☐	☐	
Aide partielle pour	☐	☐	
Aide totale pour	☐	☐	

BAS DE CONTENTION

☐ **OUI** ☐ **NON**

HYGIENE ET CHOIX VESTIMENTAIRE

	Choisit ses habits	Hygiène vestimentaire	Précisez
Seul(e)	☐	☐	
Avec une aide partielle	☐	☐	
Aide totale	☐	☐	

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

DESHABILLAGE

POSITION

	Pour le haut du corps	Pour le bas du corps	Précisez
Allongée	☐	☐	
Assise	☐	☐	
Debout	☐	☐	

AUTONOMIE

	Le haut du corps	Le bas du corps	Précisez
Se déshabille seul(e)	☐	☐	
Aide partielle pour	☐	☐	
Aide totale pour	☐	☐	

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

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

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	☐	☐	

Prothèses	☐	☐	
Autres, précisez :			

COMMUNICATION VISUELLE

	Œil gauche	Œil droit	Précisez
Vision altérée	☐	☐	
Lunettes pour	☐	☐	
Lentilles pour	☐	☐	
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 PRENDES 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** (évènements, 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 préférentiels 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 :

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			
Médecin psychiatre			
Autre : précisez la spécialité			
Autre : précisez la spécialité			
Autre : précisez la spécialité			
Autre : précisez la spécialité			

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	☐	☐	☐	☐
Troubles de la mémoire	☐	☐	☐	☐
Troubles du caractère	☐	☐	☐	☐
Agressivité	☐	☐	☐	☐
Troubles du sommeil	☐	☐	☐	☐
Etat dépressif	☐	☐	☐	☐
Trouble conduite alimentaire	☐	☐	☐	☐

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 COMPLEMENTAIRES :