



maison du Fief Joly

MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE
PUBLIQUE DE NIORT

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

(joindre sous pli confidentiel la partie « DOSSIER MEDICAL »)

Bénéficiaire NOM / Prénom :

Né(e) le :

CADRE RESERVE A L'ETABLISSEMENT

AVIS DU MEDECIN PSYCHIATRE



INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE PUBLIQUE DU FIEF JOLY EST UN ETABLISSEMENT PUBLIC MEDICO-SOCIAL QUI RELEVE DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES.

SA PRINCIPALE MISSION EST LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISES **A TEMPS COMPLET** DE 60 PERSONNES LOURDEMENT HANDICAPEES PSYCHIQUES, LOURDEMENT INVALIDES AVEC UNE ABSENCE D'AUTONOMIE POUR LES ACTES ESSENTIELS DE L'EXISTENCE CAR ATTEINTES DE TROUBLES NEURO-DEVELOPPEMENTAUX PRECOCES.

L'ORIENTATION « MAS » DELIVREE PAR LA MDPH¹ **CONDITIONNE L'ADMISSION** AU SEIN DE NOTRE ETABLISSEMENT.

POUR QUE LA COMMISSION CHARGEE DES ADMISSIONS PUISSE EMETTRE UN AVIS, IL CONVIENT DE LUI FAIRE PARVENIR DES ELEMENTS COMPLETS DECRIVANT VOTRE SITUATION ACTUELLE. AINSI, VOTRE DEMANDE D'ADMISSION DEVRA ETRE ACCOMPAGNEE DU DOSSIER CI-JOINT ET DE TOUTES LES PIECES JUSTIFICATIVES. (LISTE CI-APRES).

LE DOSSIER COMPREND :

- UN VOLET ADMINISTRATIF A COMPLETER PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU SON REPRESENTANT LEGAL
- UN VOLET MEDICAL, A COMPLETER, DATER ET SIGNER PAR LE MEDECIN TRAITANT OU UN AUTRE MEDECIN SPECIALISE, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**.

LE MEDECIN PSYCHIATRE EXERCANT DANS NOTRE ETABLISSEMENT EN PRENDRA CONNAISSANCE ET POURRA EMETTRE UN AVIS SUR LA CAPACITE DE LA MAS A ASSURER LA PRISE EN CHARGE TANT AU NIVEAU DE LA MEDICALISATION QUE DE L'ENCADREMENT.

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT:

- LA NOTIFICATION D'**ORIENTATION MAS** (EN COURS DE VALIDITE) DELIVREE PAR LA MDPH¹
- UN **BILAN** DE PRESENTATION DES ELEMENTS EDUCATIFS (DOCUMENTS ETABLIS PAR LES PROFESSIONNELS DE L'ETABLISSEMENT ASSURANT VOTRE PRISE EN CHARGE ACTUELLE)
- UN DOCUMENT DETAILLANT VOS **HABITUDES DE VIE** ET VOTRE **HISTORIQUE**
- EN CAS DE PROTECTION JUDICIAIRE DU BENEFICIAIRE DE LA DEMANDE, JOINDRE LA **COPIE DU JUGEMENT DE TUTELLE** JUSTIFIANT DE LA QUALITE DE REPRESENTANT LEGAL HABILITE A DEPOSER CE DOSSIER.

ATTENTION : le dépôt de cette demande ne vaut en aucun cas admission. Elle reste soumise à l'avis de la commission qui l'instruira UNIQUEMENT si elle est accompagnée de toutes les pièces justificatives.

¹ MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées



ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s).....

Date de naissance / / Lieu de naissance (Ville et département).....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email.....

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

à compléter si la personne concernée est sous mesure de protection

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

JOINDRE LA COPIE DU JUGEMENT

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s).....

Date de naissance / / Lieu de naissance (Ville et département).....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email.....



PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s).....

Date de naissance / / Lieu de naissance (Ville et département).....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email.....

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

CONTEXTE DE LA DEMANDE

ORIENTATION « MAS » : OUI – Date d'échéance : **JOINDRE LA NOTIFICATION**
 NON autre orientation (à préciser)

(descriptif de la situation de la personne concernée, évènements familiaux, ...) *si besoin ajouter un feuillet:*

JOINDRE LE BILAN EDUCATIF ET/OU DOCUMENT DETAILLANT LES HABITUDES DE VIE



Lieu de résidence de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez enfant/proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD/SAD² Accueil de jour

Autre (précisez)
.....

Si la personne concernée par la demande est hébergée dans un établissement, préciser le nom de l'établissement, service, référent, adresse exacte, téléphone...

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

Dans le cas où la personne ne remplit pas elle-même ce document, indiquer si

La personne concernée est informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée a consenti au dépôt de cette demande OUI NON

Le consentement éclairé de la personne concernée a-t-il pu être recueilli OUI NON

PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même Le représentant légal La personne de confiance
Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽²⁾

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s).....

Date de naissance / /

Lieu de naissance (Pays ou département).....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard
.....

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email.....

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée.....

² SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

² La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.



AUTRES COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiate Dans les 6 mois Echéance plus lointaine

Pour information : La MAS du Fief Joly accueille **à temps complet des personnes adultes avec déficience intellectuelle sévère et/ou polyhandicapées depuis l'enfance avec un besoin d'aide constant pour les actes de la vie quotidienne.**
LE DEPOT DE CETTE DEMANDE NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

Date de la demande :/...../.....

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal



A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

--

SOINS PALLIATIFS **ALLERGIES** Si oui, préciser

--

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)
 Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité
 Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

REEDUCATION

Kinésithérapie
 Orthophonie

Autre (préciser)

--



A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

A B C

Transfert			
Déplacements	A l'intérieur		
	A l'extérieur		
Toilette	Haut		
	Bas		
Elimination	Urinaire		
	Fécale		
Habillage	Haut		
	Moyen		
	Bas		
Alimentation	Se servir		
	Manger		
Orientation	Temps		
	Espace		
Communication pour alerter			
Cohérence			

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

OUI NON

Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

OUI NON

Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES

OUI NON

Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES

OUI NON

Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard Code postal Commune/Ville Date

Signature

cachet du
médecin