



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

M.A.S

**Maison d'Accueil
Spécialisée
(Structure médico-sociale)**

**Cadre de santé : 01.30.46.18.13
Educatrice spécialisée : 01.30.46.98.83
Fax : 01.30.46.98.25
mas@hopitalhoudan.fr**

**Hôpital de Houdan
42, rue de Paris
78550 Houdan
www.hopitalhoudan.fr**

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE :

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

Prénom (s) :

Date de naissance : / /

Adresse N° Voie, rue, boulevard :

.....

Code postal : Commune / Ville :

N° de sécurité sociale :

Caisse d'assurance maladie :

Mutuelle :

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire Marié(e) vit maritalement Veuf(ve)

Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e)

Nombre d'enfant(s) :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE : oui non en cours

Si oui, laquelle : curatelle curatelle renforcée tutelle

Date de la décision :

Coordonnées de la personne ou de l'organisme exerçant la mesure de protection

.....

REFERENT DU DOSSIER D'ADMISSION :

NOM, Prénom(s) :

Lien avec le demandeur :

Adresse N° voie, rue, boulevard:

.....

Code postale : Commune / Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

COMPOSITION DE LA FAMILLE :

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de Parenté	Observations

LIEU DE VIE ACTUEL :

Domicile personnel Famille En établissement

Si oui, précisez de quel type d'établissement :

.....

.....

MDPH :

Demande en cours : oui non

N° dossier : Département :

Date de dépôt du dossier :/...../.....

Orientation : MAS oui non

Orientation : temporaire définitive

Date d'ouverture des droits : / /

Date d'expiration : / /

ACCUEIL TEMPORAIRE :

Période souhaitée :

Durée souhaitée :

DOSSIER MEDICAL

Dossier à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin référent
SECRET MEDICAL

IDENTITE :

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

Prénom :

Date de naissance : / /

Nature de la maladie ou accident provoquant le handicap :

Maladie héréditaire : oui non

Maladie congénitale : oui non

SITUATION AU MOMENT DE LA DEMANDE

	OUI	NON
Epilepsie		
Si oui, quelle fréquence		
Hémiplégie		
Troubles visuels		
Troubles auditifs		
Troubles de la mémoire		
Troubles du raisonnement		
Troubles du langage		
Asthénie		
Douleurs		
Diabète		
Diabète insulo-dépendant		
Escarres		
Si oui, localisation		
MST		

Dépression

Anxiété

Irritabilité

Agressivité

ASPECT RELATIONNEL		
	OUI	NON
Communication verbale		
Communication non-verbale		
Orientation spatiale		
Orientation temporelle		
Lucidité et cohérence		
Sociabilité		

ALIMENTATION		
	OUI	NON
Texture normale		
Texture moulinée		
Texture mixée		
Régime		
Si oui lequel		
Gastrostomie		
Sonde nasogastrique		
Mange seul		
Aide à l'alimentation		

ELIMINATIONS		
	OUI	NON
Incontinence urinaire		
Incontinence fécale		
Utilisation d'un pénilex		
Lavage de la vessie		
Si oui, la fréquence des lavages		
Sonde vésicale à demeure		
Si oui, rythme de changement de sonde		

Incontinence vésicale permanente accidentelle

Mictions par percussions auto sondages
 sondages autres, précisez :

ETAT RESPIRATOIRE		
Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Diminuée
	OUI	NON
Affection respiratoire chronique		
Trachéotomie		
Ventilation		

Traitement actuel (si possible mettre une copie du traitement) :

.....

.....

.....

.....

ETAT CARDIAQUE		
	OUI	NON
Troubles du rythme		
Insuffisance cardiaque		
Troubles coronariens		
Artérites des membres inférieurs		

LOCOMOTION		
	OUI	NON
Marche seul		
Marche seul avec une canne		
Marche avec un déambulateur		
Se déplace seul en fauteuil		
Aide totale fauteuil		
Fauteuil personnel		

PROTHESES		
	OUI	NON
Lunettes		
Dentaire		
Auditive		
Autres, préciser		

HYGIENE		
	OUI	NON
Toilette seule		
Toilette avec aide		
Habillage seul		
Habillage avec aide		

ANTECEDENTS ET TRAITEMENTS IMPORTANTS

Antécédents médicaux :

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

Antécédents chirurgicaux :

.....
.....

Allergies :

.....
.....

DEPENDANCE :

ALCOOL TABAC AUTRES

Nom et coordonnées du médecin ayant renseigné le questionnaire

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

Date et signature du médecin

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE

- Demande d'accueil
- Notification MDPH
- Attestation de sécurité sociale
- Attestation de mutuelle
- Photocopie de la carte nationale d'identité
- Photocopie du Jugement si placement sous curatelle, mandataire judiciaire ou tutelle
- Photocopie du livret de famille
- Compte rendu médical récent obligatoire :
 - Joindre les photocopies suivantes :
 - Les comptes rendus d'hospitalisation
 - Les différents bilans réalisés
 - Les interprétations des dernières radiologies