
MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE PAUL DE MAGALLON

**DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UNE ADMISSION
ACCUEIL TEMPORAIRE**

Madame, Monsieur,

Ce dossier de candidature a pour but d'assurer un recueil de données le plus précis possible afin d'évaluer si l'équipe de la MAS Paul de Magallon peut assurer votre accueil temporaire.

Il comporte plusieurs volets :

- ✓ Administratif
- ✓ Social
- ✓ Psychologique
- ✓ Autonomie
- ✓ Rééducation
- ✓ Vie quotidienne
- ✓ Médical

Merci de le remplir avec soin, ce recueil de données est strictement confidentiel.

Equipe MAS Paul de Magallon

PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER (Photocopies)

- Notification MDPH d'orientation en Maison d'Accueil Spécialisée
- Notification MDPH d'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé
- Carte d'invalidité
- Attestation carte vitale
- Carte vitale
- Attestation de mutuelle
- Carte d'identité ou carte de séjour
- Contrat d'assurance responsabilité civile
- Jugement de mise sous protection juridique
- Attestation de versement de la Caisse d'Allocations Familiales
- Comptes rendus utiles à l'étude du dossier (projet personnalisé, ...)
- Photo entière (avec fauteuil par exemple)
- Original de l'ordonnance en cours

Le dossier complet est à retourner à :
Centre Médico-Social Lecourbe
Maison d'Accueil Spécialisée Paul de Magallon
148 rue Blomet – 75015 Paris

Dossier Administratif

❖ Fiche d'état civil

Nom : Prénom(s)

Nom de jeune fille :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance : Département :

Nationalité :

Photo

✓ **Conditions de vie actuelle :**

Seul En famille En structure médico-social / sanitaire Autres

Nom de la structure d'accueil (le cas échéant)

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable :

@ E-mail :

✓ **Motif de la demande d'un séjour en accueil temporaire :**

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

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

❖ Renseignement familiaux

✓ **Situation familiale :**

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve) Vie maritale/Pacs

✓ **Enfants :** Oui Non

Nombre d'enfants à charge :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance

✓ **Conjoint (e):**

Nom : Prénom :
 Date de naissance : .../.../..... Lieu de naissance : Département :
 Profession :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 ☎ Domicile : ☎ Portable : E-mail :

✓ **Mesure de protection juridique :** Oui Non

Si oui, date de mise en place : .../.../.....

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Sauvegarde de justice
 Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) : Niveau 1 Niveau 2

Personne ou organisme exerçant la protection :

Nom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 ☎ Domicile : ☎ Portable : E-mail :

Nom, adresse et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

Dossier Social

❖ Situation administrative

✓ Sécurité sociale

N° d'immatriculation :

N° et adresse de la caisse d'assurance maladie :

.....

✓ Mutuelle : OUI NON

Nom & Prénom de l'adhérent N° adhérent :

Nom & Adresse de la mutuelle :

.....

✓ Assurances (nom de l'organisme) :

Responsabilité civile : N° assuré :

Fauteuil : N° assuré :

✓ Caisse d'Allocations Familiales :

N° allocataire CAF :

Adresse de la CAF :

.....

✓ Pièces d'identité :

Passeport N° Date de validité :/...../.....

Carte d'identité N° Date de validité :/...../.....

Titre de séjour N° Date de validité :/...../.....

❖ Situation MDPH

✓ **Notification d'orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées :**

Oui Non En cours

Maison d'Accueil Spécialisée Foyer d'Accueil Médicalisé Foyer de Vie

SAMSAH SAVS

Valable du/...../..... au/...../.....

✓ **Carte d'invalidité**

N° carte : Valable du/...../..... au/...../.....

Taux en % de l'incapacité :

❖ Situation financière

✓ **Ressources actuellement perçues :**

Nature	Montant
<input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé (AAH)	
<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité	
<input type="checkbox"/> Rente d'accident de travail	
<input type="checkbox"/> Retraite	
<input type="checkbox"/> Autres	

✓ **Demandes de Prestation de Compensation du Handicap (PCH):**

Oui Non En cours

Si oui : Aide humaine Aide technique Autres (précisez) :

✓ **Assistante sociale actuelle:**

Nom : Prénom :

Tél : E-mail :

Veuillez joindre au dossier social tous les documents administratifs, en cours de validité, en votre possession.

Dossier psychologique

Mettre une croix dans les cases qui vous correspondent.

❖ Sphère affective et émotionnelle

	Plutôt non	Non	Plutôt oui	Oui
Capacité à gérer la séparation				
Confiance en soi				
Tristesse				
Anxiété				
Agressivité				

❖ Sphère intellectuelle

	Non	Un peu	Certains acquis	Acquis
Repérage dans l'espace et dans le temps				
Mémoire				
Concentration				
Compréhension du langage				
Expression du langage				
Lecture				
Raisonnement				

❖ Sphère relationnelle

	Pas du tout	Un peu	Plutôt oui	Beaucoup
Timidité				
Sociabilité				
Désir de rencontrer des personnes nouvelles				

❖ Sphère comportementale

	Jamais	Parfois	Régulièrement	Souvent
Agitation				
Manque d'initiative				
Indifférence				
Euphorie				
Fugue				
Repli				
Désinhibition				

❖ Coordonnées

➤ Suivi psychologique : Oui Non

✓ **Psychologue**

Nom :	Prénom :
Tél :	E-mail

➤ Suivi psychiatrique : Oui Non

✓ **Psychiatre**

Nom :	Prénom :
Tél :	E-mail

Veillez joindre un bilan psychologique.

Dossier Autonomie

❖ Autonomie et dépendance

✓ **Toilette**

Seul Avec aide partielle Avec aide totale

Matériel utilisé :

.....

Venez-vous avec lors de votre séjour? Oui Non

✓ **Continence urinaire :**

Normale Incontinence rare Incontinence fréquente Incontinence permanente

✓ **Mode de miction :**

Normale (sur les WC)

Matériel (s) utilisé (s):

.....

Incontinence

Matériel (s) utilisé (s):

.....

✓ **Continence fécale :**

Normale Incontinence rare Incontinence fréquente Incontinence permanente

✓ **Mode de défécation :**

Normale (sur les WC)

Matériel (s) utilisé (s):

.....
.....

Incontinence

Matériel (s) utilisé (s):

.....
.....

✓ **Habillage :**

Seul

Avec aide partielle

Avec aide totale

✓ **Repas :**

Avec aide partielle

Avec aide totale

Avec aide technique

Lesquelles :

.....

Venez-vous avec lors de votre séjour? Oui Non

✓ **Alimentation :**

Normale

Hachée

Mixée

✓ **Sommeil**

- Matelas adapté :
- Nécessité de barrières de lit :
- Coussins de positionnement :
- Sonnette adaptée :
- Retournements pendant la nuit :
- Autres :

✓ **Mobilité**

- Se déplace seul
- Se déplace en fauteuil roulant ou déambulateur
- Se déplace en fauteuil roulant électrique
- Se déplace avec l'aide d'une tierce personne (pousse le fauteuil...)
- Impossibilité (alité)

Possédez-vous un contrôle d'environnement ? Oui Non

.....

Si vous possédez du matériel merci de préciser si vous venez avec : Oui Non

✓ **Repérage dans le temps**

- Normal Perturbé épisodiquement Non évaluable

✓ **Repérage dans l'espace**

- Se repère dans sa chambre
- Se repère à la maison, dans le centre
- Se repère seul à l'extérieur
- Non évaluable

Dossier rééducation

❖ Kinésithérapie

- ✓ Nombres de séances par semaine :
- Au domicile En cabinet Autres :
- ✓ Verticalisation : Oui Non
- Nombre de fois par semaine :
- ✓ **Kinésithérapeute**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél :	E-mail

Veillez joindre un compte-rendu et bilan du kinésithérapeute.

❖ Ergothérapie

- ✓ Nombres de séances par semaine :
- Au domicile En centre Autres :
- ✓ **Ergothérapeute**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél :	E-mail

- ✓ Ou vivez-vous actuellement (appartement, étage, ascenseur...)?
-
-

- ✓ Quelles adaptations possédez-vous pour la vie quotidienne (chaise de douche, potence, couverts, assiette, lève-personne...) ?

- ✓ Quelles adaptations possédez-vous pour la communication (synthèse vocale, tableau alphabétique, pictogramme...) ?

- ✓ Ordinateur (si vous en possédez un, merci de préciser si vous venez avec, les adaptations, si l'accès est standard ou adapté...)

- ✓ Appareillages : (attèles/orthèses de jour/nuit, main, pied...) Précisez :

- ✓ Fauteuil roulant (électrique ou manuel), précisez s'il est à vous ou en location :

.....

.....

- ✓ Locomotion/transfert/déplacement :

	Oui	Non
Retourner dans le lit		
Lever (passer du lit au fauteuil ou au fauteuil roulant)		
Coucher		
Position assise		
Déplacement sur sol plat		
Escaliers		
Propulser un fauteuil		
Périmètre de déplacement		
Déambulateur		
Fauteuil roulant manuel		
Fauteuil roulant électrique		
Conduite standard		
Conduite personnalisée		

- ✓ Remarques

.....

.....

.....

.....

.....

Joindre un compte rendu et un bilan de l'ergothérapeute

❖ Orthophonie

- ✓ Nombres de séances par semaine :
- Au domicile En cabinet Autres :

✓ **Orthophoniste**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
.....	
Tél :	E-mail

Veillez joindre un compte rendu et bilan de l'orthophoniste.

❖ Psychomotricité

- ✓ Nombres de séances par semaine :
- Au domicile En cabinet Autres :

✓ **Orthophoniste**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
.....	
Tél :	E-mail

❖ Autres

.....

.....

.....

.....

.....

Dossier vie quotidienne

❖ Régime alimentaire

Sans porc Végétarien Autres, précisez :

✓ Allergies/intolérance alimentaire Oui Non

Lesquelles :

✓ Consistance : Normale Hachée Mixée

✓ Appétit : Mauvais Bon Très bon

Sonde naso-gastrique Gastrostomie

❖ Habitudes de vie :

✓ Heure du lever :

✓ Petit déjeuner :

✓ Déjeuner :

✓ Heure du coucher :

✓ Emissions de télévision, passion, plaisir, activités pratiquées, activités que vous aimerez pratiquer :

❖ **Communication**

Communication	OUI	NON	Description
Communication			
Partielle			
Expression			
Langage normal et compréhensible			
Phrase simple			
Langue des signes			
Communique par oui par non			
Utilise : un code (pictogramme)			
Exprime ses besoins			
Ecrit à la main / sur le clavier			
Téléphone			
Lecture			
Centre d'intérêts			
Signe particulier évoquant la douleur/la souffrance			
Le plaisir / la tristesse			
Souhaite communiquer			
Utilisation de l'outil informatique			

❖ **Prothèse:**

Précisez si autonome avec :

- ✓ Visuelle (port de lunettes, lentilles...) ?

.....

.....

- ✓ Auditive (appareils oreille droite, gauche...)?

.....

.....

- ✓ Dentaire

.....

.....

Le fait de remplir ce document ne constitue pas un engagement, ni pour vous, ni pour l'établissement.
En cas d'accord d'admission, des pièces complémentaires pourront vous être demandées.

Dossier rempli par :

Nom & Prénom :

Qualité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Fait à Le :

Signature

Dossier Médical

(A remplir par le médecin – A mettre sous pli confidentiel)

❖ Fiche administratif

Nom : Prénom(s) :

Nom de jeune fille :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Lieu de naissance : Département :

Nationalité :



✓ **Conditions de vie actuelle :**

Seul En famille En structure médico-social / sanitaire Autres

Nom de la structure d'accueil (le cas échéant)

Adresse :

Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable :

@ E-mail :

✓ **Fratrie (précisez si présence d'un handicap) :**

Nom	Prénom	Date de naissance	Observations

❖ Nature du handicap

Pathologie principale à l'origine du handicap :

Code CIM :

Pathologies autres :

❖ **Histoire de la pathologie invalidante (origine, circonstances d'apparition, antécédents médicaux, chirurgicaux, facteurs de gravité, évolutivité,....)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

❖ **Description clinique actuelle (précisez le cas échéant, la fréquence des crises, la douleur, l'asthénie, la fatigabilité, la lenteur,...).**

Poids : Taille :

Groupe sanguin : Rhésus :

.....

.....

.....

Veillez joindre le (s) compte(s)-rendu(s) médical (aux).

❖ **Perspective d'évolution**

- Stabilité Risque vital Aggravation
 Amélioration Incapacité fluctuante Non définie

❖ **Antécédents médicaux**

✓ Maladies infantiles (cochez les maladies contractées et indiquez l'année)

- Rougeole : ... / ... / Oreillons : ... / ... / Coqueluche : ... / ... /
 Rubéole : ... / ... / Varicelle : ... / ... / Scarlatine : ... / ... /
 Typhoïde : ... / ... / Ictère : ... / ... /

✓ Vaccinations (les dates sont indispensables)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BCG : ... / ... / | <input type="checkbox"/> Antidiphthérique : ... / ... / | <input type="checkbox"/> Antipoliomyélitique : ... / ... / |
| <input type="checkbox"/> Antityphique : ... / ... / | <input type="checkbox"/> Antitétanique : ... / ... / | <input type="checkbox"/> Antivaricelleuse : ... / ... / |

❖ Antécédents chirurgicaux

.....

.....

.....

.....

.....

❖ Troubles présentés actuellement

✓ Troubles moteurs :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Quatre membres | <input type="checkbox"/> Deux membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Deux membres inférieurs et supérieurs du même côté |
| <input type="checkbox"/> Deux membres inférieurs et un membre supérieur | <input type="checkbox"/> Un seul membre inférieur | |
| <input type="checkbox"/> Spasticité : | | |
| <input type="checkbox"/> Traitements en cours : | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |
| | | |
| | | |

✓ Troubles de la sensibilité :

.....

.....

.....

✓ Troubles sensoriels :

- Visuels, précisez :
- Auditifs, précisez :
- Autres, précisez :

✓ Troubles de la déglutition et/ou de la mastication :

.....

.....

.....

✓ Troubles sphinctériens :

- Incontinence anale : permanente ponctuelle
- Constipation
- Incontinence vésicale : permanente ponctuelle
- Miction par : percussion auto-sondages sondages
- Utilisation d'étui pénien

✓ Troubles des fonctions supérieures :

- Orientation spatio-temporelle :
- Gnosies :
- Praxies :
- Mémoire :
- Compréhension :
- Langage :

✓ Troubles psychiques : Oui Non

Description des troubles :

Suivi psychologique :

Déficiência intellectuelle : Oui Non QIV : QIP :

Joindre le(s) compte(s)-rendu(s) des suivis psychologiques.

✓ Etat cardiaque :

Troubles du rythme : Oui Non Insuffisance cardiaque : Oui Non

✓ Etat respiratoire :

Capacité respiratoire : Normale Diminuée

Trachéotomie le : / / Masque bucco-nasal

Ventilation : heures /jour

Ventilation : heures/nuit

Type d'appareil de ventilation :

✓ Troubles du métabolisme :

Diabète : Oui Non Insulino-dépendant : Oui Non

❖ Traitements et prises en charges thérapeutiques

✓ Traitements médicamenteux : Oui Non

Si oui, lesquels :

.....

.....

.....

✓ Soins ou traitements nocturnes : Oui Non

Si oui, lesquels :

✓ Soins infirmiers : Oui Non

Si oui, lesquels :

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : FAX : EMAIL :

❖ Nom et adresse du médecin ayant rempli ce questionnaire

Nom : Prénom :

Qualité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Fait à : Le :

Cachet et Signature :