



centre hospitalier du chinonais

**DEMANDE D'ADMISSION
A LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE
« LES SYLVES »**

Nom et prénom :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN :

Internat Accueil de jour

Ce dossier devra être rempli par l'organisme ou la personne qui formule la demande.

Il devra être adressé :

- Par courrier à l'adresse suivante :
Maison d'Accueil Spécialisé « Les Sylves »
Centre Hospitalier du Chinonais
B.P. 248
37502 CHINON Cedex
- ou par fax au n° 02 47 93 76 25
- ou par mail à l'adresse mail suivante : d.trotouin@ch-chinon.fr

Ce dossier comprend 3 volets :

- ▶ N°1 : volet administratif (Page 3)
- ▶ N°2 : volet autonomie/vie quotidienne/activités (Page 9)
- ▶ N°3 : volet médical (Page 13)

Il devra être complété avec une **photocopie** des documents suivants :

- Carte d'identité
- Livret de famille
- Carte d'invalidité
- Notification d'orientation MDPH
- Notification de décision Allocation Adulte Handicapé (délivré par la MDPH)
- Attestation Carte Vitale
- Carte de mutuelle ou attestation CMU complémentaire
- Attestation de responsabilité civile personnelle
- Jugement de Tutelle
- Comptes-rendus et synthèses des établissements fréquentés
- Comptes-rendus d'évaluations pluridisciplinaires
- Dernier projet d'accompagnement
- Dossier médical (traitements...)

VOLET 1 : ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'ADMISSION EST DEMANDEE

Nom : Prénoms :
Né(e) le à Pays :
Sexe : Nationalité :
Demeurant à (commune) : Code Postal :
Rue - Lieu dit :
Tél :

Situation De Famille :

- Célibataire Marié(e)
 Divorcé(e) Veuf (ve)

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom et prénom du père : **Date de naissance:**
Adresse :
..... **Code Postal :**
Profession : **Tél :**

Nom et prénom de la mère : **Date de naissance:**
Adresse :
..... **Code Postal :**
Profession : **Tél :**

Autre :

Nom et prénom : **Lien de parenté:**
Adresse :
..... **Code Postal :**
Profession : **Tél :**

FRERES ET SOEURS :

Nom et prénom	Né(e) le	Activité	Adresse et téléphone

RELATIONS AVEC LA FAMILLE

La famille souhaite-t-elle des retours en famille réguliers ou des visites sur place ?
 Quelles sont ses demandes ?

.....

PROTECTION JUDICIAIRE

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection judiciaire ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

- Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Date du jugement :

Adresse du tribunal :

Nom et adresse de l'administrateur légal:

Lien de parenté avec l'intéressé(e) :

La personne pour laquelle le placement est sollicité est-elle informée ? Oui Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION

Situation actuelle de l'intéressé(e) (placement, domicile, autre ...) :
Tél.

Nom et adresse du médecin traitant :
Tél.

Nom, adresse et qualité de la personne ou de l'organisme formulant la demande :
Tél :

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

AUTRES ETABLISSEMENTS FREQUENTES :

Nom de l'établissement	Adresse	Personnes à contacter (nom + téléphone)	Période

AVIS DE LA C.D.A.P.H (COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPEES)
(Plus de 20 ans)

1) ORIENTATION MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE

Date d'application de la décision: Durée :
Date de fin de validité :

2) PRESTATIONS

Percevez-vous l'une des prestations indiquées ci-dessous ?

Prestations	Date de notification	Date de fin de validité
Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)		
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)		
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)		
Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) et/ou complément		
Autres (à préciser).....		

Numéro d'allocataire CAF :

3) CARTE D'INVALIDITE

Délivrée le: Par :

Numéro de carte : Date de fin de validité :

Taux d'invalidité

PENSIONS PERCUES

Percevez-vous une ou plusieurs pensions (ex : pension d'invalidité) ?

Nature de la pension	Numéro d'inscription	Adresse de l'organisme débiteur

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PERSONNELLE

Nom et adresse de l'assureur :
.....
Numéro de contrat :

COUVERTURE SOCIALE

Droits de Sécurité Sociale ? (cocher la case) Oui Non

A quel titre ? (Cocher les cases ci-dessous) :

C.M.U Oui Non

Assurance volontaire (ou personnelle) Oui Non

Ayant droit Oui Non

Autre cas (veuillez préciser) :
.....

Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale :
.....

Numéro de matricule :

.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------

 Clé

Si vous êtes ayant droit:

Nom de l'assuré (e) :

Lien de parenté :

Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale :

Numéro de matricule:

.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------

 Clé

MUTUELLE OU ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

Bénéficiez vous d'une mutuelle ou/et d'une assurance complémentaire : Oui Non

Si oui, préciser le nom et l'adresse de l'organisme :
.....

Nom de l'adhérent :

Numéro d'adhérent :

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE :

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

Nom, qualité et lien de parenté de la personne qui demande le placement:

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

Fait à

Le

Fait à

Le

Signature de la personne
(pour laquelle le placement est sollicité)

OU

Signature du représentant légal

VOLET 2 : AUTONOMIE/VIE QUOTIDIENNE/ACTIVITES

COHERENCE

Observations (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit) :

.....

.....

.....

.....

ORIENTATION

	Fait seul	Aide partielle	Aide totale
Dans le temps			
Dans l'espace			

Observations (se repérer dans les moments de la journée) :

.....

.....

.....

.....

AUTONOMIE

Alimentation/repas	Fait seul	Aide partielle	Aide totale
Se servir			
Couper de la viande			
Utiliser les couverts			
Manger			
débarrasser			

Observations (goûts, maintien à table, mixé, potomanie...) :

.....

.....

.....

.....

Hygiène/habillage	Fait seul	Aide partielle	Aide totale
Toilette du haut			
Toilette du bas			
Habillage du haut			
Habillage du bas			

Observations (type de stimulation (verbale, supervision), capable de choisir ses vêtements, se boutonner, apprentissages réalisés ...):

.....

.....

.....

.....

.....

Elimination	Fait seul	Aide partielle	Aide totale
Urinaire			
Fécale			

Observations (tirer la chasse d'eau, se rhabiller...) :

.....

.....

.....

.....

.....

motricité	Fait seul	Aide partielle	Aide totale
Assurer les transferts			
Se déplacer			
S'asseoir			
Monter les marches			

Observations (se lever, déplacements intérieurs/extérieurs...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Motricité fine	Fait seul	Aide partielle	Aide totale
Préhension d'un objet			

Observations (utiliser un crayon, découper avec les ciseaux...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Sommeil	Fait seul	Aide partielle	Aide totale
Se coucher			
Faire son lit			

Observations (rythme, habitudes liées à l'endormissement...) :

.....

.....

.....

.....

.....

COMMUNICATION

Mode d'expression

(Langage, mots, phrases, pictogrammes, images, cris, écholalies, toucher, écrit...) :

.....

.....

.....

.....

.....

compréhension

(Consignes simples, complexes, en contexte, répond à l'appel de son prénom...) :

.....

.....

.....

.....

.....

ACTIVITES

Activités déjà pratiquées

(Fréquence, durée...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Centres d'intérêt

.....

.....

.....

.....

.....

RELATION A L'AUTRE

Observations (relation avec les autres résidents, avec les professionnels, la famille, les personnes extérieures, manière d'entrer en contact...) :

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

COMPORTEMENTS INADAPTES

Observations (stéréotypies, auto/hétéroagressivité, comportement de retrait, comportements sexuels inadaptés, réponses apportées par l'équipe...) :

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

CONCLUSIONS

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

VOLET 3 : MEDICAL

CONFIDENTIEL

*Ce volet est à remplir par un médecin.
Elle est à adresser sous pli confidentiel au médecin de la M.A.S.*

NOM :
Prénoms :
Né(e) le :
Situation actuelle de l'intéressé(e) (placement, domicile, autre ...) :
.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX (Père, mère, fratrie)

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

ANTECEDENTS MEDICAUX

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

ETAT PSYCHIATRIQUE ACTUEL (Diagnostic psychiatrique et thérapeutique)

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

TRAITEMENTS EN COURS (nom du médecin prescripteur, posologie matin – midi – soir)

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

VACCINATIONS (date du dernier vaccin)

- BCG :
- Grippe :
- Hépatite B :
- Variole :
- DTP :
- Pneumo 23 :

