



centre hospitalier du chinonais

Route départementale 751
BP 248 – 37500 CHINON
☎ : 02.47.93.75.15 - direction@ch-chinon.fr



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 »
Service des Admissions
Centre Hospitalier du Chinonais
B.P. 248
37502 CHINON Cedex
- ou par mail à l'adresse mail suivante : mas@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 :

- Pièce d'identité (Carte Nationale d'Identité, passeport, carte de séjour)
- 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 CSS (Complémentaire Santé Solidarité)
- Attestation de responsabilité civile personnelle
- Jugement de protection judiciaire (tutelle, curatelle, ...)
- Compte-rendu et synthèses des établissements fréquentés
- Compte-rendu d'évaluations pluridisciplinaires
- Dernier projet d'accompagnement
- Dossier médical (traitements...)
- Contrat obsèques, le cas échéant

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 Handicapées)

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)		
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 ?

☐ Oui

☐ Non

A quel titre ?

CSS Complémentaire Santé Solidarité

☐ 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

Fait à

Le

Le

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

OU

Signature du représentant légal

VOLET 2 : AUTONOMIE/VIE QUOTIDIENNE/ACTIVITES

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...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Relation à l'autre

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

.....

.....

.....

.....

.....

COMPORTEMENTS

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

.....

.....

.....

.....

.....

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 lever			
Se coucher			
Sieste			
Faire son lit			

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

.....

.....

.....

.....

DEROULEMENT D'UNE JOURNEE TYPE

[illegible]

COHERENCE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ACTIVITES

Activités déjà pratiquées

(Fréquence, durée...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Centres d'intérêt

.....

.....

.....

.....

.....

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 ...) :

.....

HISTORIQUE DE LA MALADIE (indiquer le mode de début, la symptomologie et l'évolution des troubles)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX (Père, mère, fratrie)

[illegible]

ANTECEDENTS MEDICAUX

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ETAT PSYCHIATRIQUE ACTUEL (Diagnostic psychiatrique et thérapeutique)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SOINS TECHNIQUES

SOINS	OUI	NON	ENVISAGE
Oxygénothérapie			
Sonde alimentaire			
Sonde trachéotomie			
Sonde urinaire			
Gastrotomie			
Colostomie			
Urétérostomie			
Appareil ventilatoire (CPAP, VNI ,...)			
Chambre implantable			
Dialyse péritonéale			
Pansements			

APPAREILLAGE

APPAREILLAGE	OUI	NON	ENVISAGE
Fauteuil roulant			
Déambulateur			
Orthèse			
Prothèse			
Pace maker			
Autres (à préciser)			

VACCINATIONS (date du dernier vaccin)

- BCG :
- Grippe :
- Hépatite B :
- Covid :

- Variole :
- DTP :
- Pneumo 23 :
- Dernière infection COVID

CONCLUSIONS

Avis médical :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La personne concernée est-elle informée de la demande de placement en MAS ?

☐ Oui ☐ Non

Donne-t-elle son consentement ?

☐ Oui ☐ Non

Nom, qualité et lien de parenté de la personne qui demande l'admission :

.....

.....

.....

Fait à

Le

Signature du médecin et cachet