



INSTITUT DÉPARTEMENTAL ALBERT CALMETTE

Maison d'Accueil Spécialisée

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



Dossier à expédier à l'adresse suivante :

Institut Départemental Albert Calmette
Maison d'Accueil Spécialisée
Route de Widehem - BP 129
62176 CAMIERS
Tél. 03.21.89.70.00

ELEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL

Nom de naissance _____

S'il y a lieu, nom marital _____

Prénoms _____

Date de naissance _____

Ville de naissance _____ Pays de naissance _____

Nationalité _____

Situation familiale (*marié(e), divorcé(e), etc.*) _____

SITUATION ACTUELLE

- Domicile autonome
- Domicile familial
- Etablissement (*préciser*) _____

- Hôpital (*préciser le service*) _____

- Famille d'accueil
- Autre (*préciser*) _____

 Adresse actuelle _____

• Tél fixe | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

• Tél portable | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

• Adresse mail _____



FAMILLE

PARENTS	Nom	Prénom	Date de naissance
Le père			
La mère			

FRATRIE	Nom	Prénom	Date de naissance

CONJOINT	Nom	Prénom	Date de naissance
Adresse _____ _____ N° tél. _ _ _ _ _ _ _ _ Mail _____			

ENFANTS	Nom	Prénom	Date de naissance

Nom et coordonnées (*adresse, numéro de téléphone, mail*)
 d'un membre de la famille que nous pouvons contacter si besoin _____

ELEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro de sécurité sociale : | _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ |

Avez-vous une mutuelle Oui Non

Prestations et notifications accordées par la MDPH :

PRESTATIONS	Début de validité	Fin de validité
AEEH (Allocation d'Education Enfant Handicapé)		
AAH (Allocation Adulte Handicapé)		
Carte d'invalidité		
Carte de stationnement		
PCH (Prestation de Compensation du Handicap)		
ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne)		
Orientation MAS accueil temporaire		
Orientation MAS accueil de jour		
Orientation MAS accueil permanent		
Orientation FAM accueil temporaire		
Orientation FAM accueil de jour		
Orientation FAM accueil permanent		

3

Prestations accordées par d'autres organismes :

- Pension d'invalidité Oui Non
- Pension d'orphelin Oui Non
- Pension de réversion Oui Non
- Retraite Oui Non

➔ Joindre obligatoirement une copie de :

- L'attestation de sécurité sociale
- La carte de mutuelle si vous avez une mutuelle
- L'attestation de CMU si vous êtes bénéficiaire de la CMU
- La notification MDPH (en MAS, FAM, accueil à temps complet, accueil de Jour et accueil Temporaire selon votre demande).



PROTECTION JURIDIQUE

Oui

Non

Demande en cours

↳ Si demande en cours, date de dépôt de la demande _____

Type de mesure (tutelle, curatelle, etc.) _____

Nom et coordonnées du représentant légal ❶ _____

Le cas échéant, nom et coordonnées du représentant légal ❷ _____

➡ *Merci de joindre une copie du jugement.*

PARCOURS ET PROJET

Nom et prénom _____

1 – PARCOURS DE LA PERSONNE

PARCOURS SCOLAIRE		
Dernière classe fréquentée	Lieu	Date

PARCOURS PROFESSIONNEL	
Métier exercé	Date Cessation d'activité

PARCOURS INSTITUTIONNEL			
La personne a-t-elle fréquenté d'autres établissements ou services ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → <i>Si oui, lesquels ?</i>			
Nom de l'établissement	Adresse	Type d'accueil	Dates
		<input type="checkbox"/> Hébergement permanent <input type="checkbox"/> Accueil Temporaire en hébergement <input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil Temporaire de jour <input type="checkbox"/> Autre, <i>précisez</i>	
		<input type="checkbox"/> Hébergement permanent <input type="checkbox"/> Accueil Temporaire en hébergement <input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil Temporaire de jour <input type="checkbox"/> Autre, <i>précisez</i>	
		<input type="checkbox"/> Hébergement permanent <input type="checkbox"/> Accueil Temporaire en hébergement <input type="checkbox"/> Accueil de jour <input type="checkbox"/> Accueil Temporaire de jour <input type="checkbox"/> Autre, <i>précisez</i>	



- Autres précisions que vous aimeriez apporter _____

2 – TYPE D'ACCUEIL SOUHAITE

Merci de compléter le tableau ci-dessous en indiquant vos choix par ordre de préférence, 1 étant le mode d'accueil que vous souhaitez prioritairement.

Attention, tous les établissements ne proposent pas forcément tous ces types d'accueil.

- Hébergement permanent
- Accueil temporaire en hébergement
 - ↳ Dans ce cas, préférez-vous des périodes en particulier ? Oui Non

Si oui, merci de les indiquer _____

- Accueil de jour
 - ↳ Dans ce cas, préférez-vous des jours en particulier ? Oui Non

Si oui, merci de les indiquer _____

- Accueil temporaire de jour
 - ↳ Dans ce cas, préférez-vous des périodes en particulier ? Oui Non

Si oui, merci de les indiquer _____

- Autre (*préciser*) _____

- Avez-vous sollicité une admission dans d'autres établissements ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

- L'admission vous paraît-elle urgente ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ? _____

3 – ORIGINE DE LA DEMANDE

- La personne est-elle, elle-même, à l'origine de la demande ? Oui Non

Si non :

→ Qui est à l'origine du dossier ? _____

→ La personne a-t-elle été informée de la demande d'admission ? Oui Non

→ La personne est-elle consentante à la demande d'admission ? Oui Non

→ Le consentement éclairé a-t-il pu être recueilli ? Oui Non

Commentaires éventuels _____

- La famille est-elle informée de la demande ? Oui Non

HABITUDES DE VIE ET BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT

Nom et prénom _____

1 – COMMUNICATION

- La personne est-elle en capacité (vous pouvez cocher plusieurs cases) :
 - De parler couramment (préciser en quelle langue) _____
 - De faire des phrases courtes
 - D'utiliser des mots
 - D'utiliser un langage non verbal (cris, mimiques, gestuelles, ...)
 - D'utiliser des codes ou outils de communication (pictogramme, code, tablette, commande oculaire, etc.).
 - ↳ Si oui, quels codes et outils de communication ? _____
 - _____
 - _____
 - _____

- La personne est-elle en capacité de comprendre (vous pouvez cocher plusieurs cases) :
 - Une conversation
 - Des phrases courtes
 - Des mots
 - Des codes et outils de communication
 - ↳ Si oui, quels codes et outils de communication ? _____
 - _____
 - _____
 - _____

- La personne est-elle en capacité d'exprimer des choix ? Oui Non
 - ↳ Si oui, de quelle façon ? _____
 - _____

- La personne peut-elle répondre à « oui » ou « non » ? Oui Non
 - ↳ Si oui, de quelle façon ? _____
 - _____



- Autres précisions que vous aimeriez apporter _____

2 – VIE SOCIALE

- La personne a-t-elle des relations régulières avec :

Sa famille Ses proches (amis, etc.)

↳ Précisez _____

- La personne est-elle plutôt :

Sociable En recherche de contact En retrait

- La personne a-t-elle une expérience de la vie en collectivité ?

Oui Non

- La personne accepte-t-elle la vie en collectivité ?

Oui Non Non expérimenté

↳ Précisez _____

- La personne peut-elle comprendre et accepter des règles de vie quotidienne ?

Oui Non

- La personne accepte-t-elle l'aide d'une tierce personne ?

Oui Non

- Autres précisions que vous aimeriez apporter _____

3 – PARTICULARITES SENSORIELLES

- Présente-t-elle des particularités sensorielles (hyperacousie, forte sensibilité visuelle, difficulté à supporter le contact physique, etc.) _____

- A-t-elle besoin d'adaptations particulières (casque anti-bruit, salle d'hypo stimulation sensorielle, aménagement de chambre, etc.) _____

- La personne peut-elle exprimer une sensation de douleur ? Oui Non

↳ *Si oui, comment ?* _____

4 – COMPORTEMENT HABITUEL

- La personne présente-t-elle des troubles du comportement ?

↳ *Précisez* _____

- La personne perçoit-elle les situations à risque (compréhension du danger) ?

Oui Non



- Besoins particuliers ou points de vigilance (risque de fugue, agressivité, ...) _____

- En quelques lignes, pouvez-vous décrire le caractère habituel de la personne ? _____

5 – REPERES DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE

- La personne peut-elle se repérer dans le temps ?

Oui Non Partiellement

↳ Précisez _____

- La personne peut-elle s'orienter dans un environnement connu ?

Oui Non Partiellement

↳ Précisez _____



● Combien de temps peut-elle habituellement s'engager dans une activité (pour des raisons de fatigue, de concentration) ? _____

● Les contacts avec des animaux sont-ils possibles ? Oui Non

↳ Précisez _____

7 – TRANSFERTS

● La personne peut-elle

- S'asseoir seule Se tenir assise seule Se tenir assise sans dossier

● La personne peut-elle se tenir debout sans aide ?

- Oui Non

● La personne peut-elle assurer seule les transferts fauteuil / chaise – fauteuil / lit ?

Oui

Non ↳ *Si non, précisez si elle peut :*

- Avec aide humaine
 Avec lève-personne
 Autre (appui, guidance verbale, etc.), *précisez* _____

8 – LE SOMMEIL

● La personne a-t-elle habituellement un bon sommeil ? Oui Non

● La personne a-t-elle des difficultés à s'endormir ? Oui Non

● La personne présente-t-elle des troubles importants du sommeil ? Oui Non



- L'installation au lit nécessite-t-elle :
 - La prescription de barrières
 - L'utilisation de lève-draps (arceau)
 - L'utilisation de matelas anti-escarre
 - Une autre installation particulière, *précisez* _____
-
-

- La personne a-t-elle l'habitude de dormir seule ? Oui Non
 - La personne gère-t-elle seule ses horaires de lever / coucher ? Oui Non
 - La personne a-t-elle l'habitude de faire une sieste ? Oui Non
 - La personne accepterait-elle une chambre double ? Oui Non
 - Besoins particuliers ou points de vigilance relatifs au sommeil _____
-
-
-

9 – L'ALIMENTATION ET L'HYDRATATION

La personne peut-elle manger :	La personne peut-elle boire :
<input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> Avec aides techniques ou matériel adapté <i>Précisez :</i>	<input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> Avec aides techniques ou matériel adapté <i>Précisez :</i>
<input type="checkbox"/> Avec aide humaine partielle <i>Précisez (guidance, stimulation, etc.) :</i>	<input type="checkbox"/> Avec aide humaine partielle <i>Précisez (guidance, stimulation, etc.) :</i>
<input type="checkbox"/> Avec aide humaine totale	<input type="checkbox"/> Avec aide humaine totale



● La personne suit-elle un régime alimentaire particulier ? Oui Non

↳ *Si oui, précisez* _____

● La personne a-t-elle des allergies alimentaires ? Oui Non

↳ *Si oui, précisez* _____

● La personne présente-t-elle des troubles particuliers (boulimie, mérycisme, pica, inappétence, anorexie, potomanie, etc.) ? Oui Non

↳ *Si oui, précisez* _____

● La personne a-t-elle tendance à faire des « fausses routes » ? Oui Non

● Besoins particuliers ou points de vigilance _____

10 – TOILETTE – SOINS DU CORPS - HABILLAGE

● La personne est-elle en capacité de se laver seule ? Oui Non

▷▷ A-t-elle besoin D'une aide partielle D'une aide totale

↳ *Précisez* _____



● La personne est-elle en capacité de s'habiller ou se déshabiller seule ? Oui Non

▷▷ A-t-elle besoin D'une aide partielle D'une aide totale

↳ Précisez _____

● Besoins particuliers ou points de vigilance _____

11 – ELIMINATION

● La personne est-elle continente ? Oui Non

↳ Précisez (jour / nuit, matériel nécessaire, protection, etc.) _____

Volet médical

Nom et prénom _____

A faire compléter par votre médecin traitant et à nous retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'établissement.

Ce document a été élaboré sur la même trame que le certificat médical demandé par la MDPH. Si vous disposez d'un certificat médical réalisé pour la MDPH datant de moins de 6 mois, merci de nous en fournir une photocopie ; il sera alors inutile de compléter cette fiche.

1

1 – PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE

● Pathologie motivant la demande _____

● Autres pathologies éventuelles _____

● Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité, etc.) _____

2 – HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE

● Origine, circonstances d'apparition : Congénitale Maladie Accident

● Date d'apparition :

A la naissance Depuis moins d'un an Depuis 1 à 5 ans Depuis plus de 5 ans

● Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux, en rapport avec le handicap _____

3 – DESCRIPTION CLINIQUE ACTUELLE

Poids : kg

Taille : cm

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15j / mois	Ponctuels <15 j / mois

● Précisions _____

● Perspectives d'évolution globale :

- Stabilité
- Incapacité fluctuante
- Amélioration

↳ Préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles _____

- Aggravation
 - Evolutivité majeure
 - Non définie

4 – DEFICIENCES SENSORIELLES

*En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL.*

Observations _____

*En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan visuel rempli par un ophtalmologiste.*

Observations _____

5 – TRAITEMENTS ET PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUES

- **Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.**
Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée.

↳ Classes thérapeutiques ou nom des médicaments _____

↳ Effets secondaires du traitement _____



- **Autres contraintes si connues** (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale, ...)

- **Autre prise en charge concernant les soins**

↳ Suivi médical spécialisé (*précisez fréquence*)

Psychiatre _____

Neurologue _____

Médecine physique _____

Autre, *précisez* _____

↳ Soins ou traitements nocturnes (*précisez nature et fréquence*)

↳ Précisions



↳ Prise en charge sanitaire régulière (*précisez fréquence*)

- Ergothérapeute _____
- Infirmière _____
- Kinésithérapeute _____
- Orthophoniste _____
- Orthoptiste _____
- Psychologue _____
- Psychomotricien(ne) _____
- Autre, *précisez* _____

↳ Suivis pluridisciplinaires (*précisez fréquence*)

- CMP (Centre médico-psychologique) _____
- CATTP (Centre d'activité thérapeutique à temps partiel) _____
- Hôpital de jour _____
- Autre, *précisez* _____

• Type d'appareillage

Corrections auditives	
<input type="checkbox"/> Unilatérale	<input type="checkbox"/> Bilatérale
<input type="checkbox"/> Appareillage	<input type="checkbox"/> Implant
Aide à la mobilité	
<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Canne
<input type="checkbox"/> Orthèse, prothèse (<i>préciser</i>)	
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique
<input type="checkbox"/> Autre (scooter...) (<i>préciser</i>)	
Appareillage visuel	
<input type="checkbox"/> Télé-agrandisseur	<input type="checkbox"/> Terminal - braille
<input type="checkbox"/> Logiciel basse vision	<input type="checkbox"/> Loupe
<input type="checkbox"/> Logiciel de synthèse vocale	
Alimentation/élimination	
<input type="checkbox"/> Gastro ou jéjunostomie d'alimentation	
<input type="checkbox"/> Stomie digestive d'élimination	
<input type="checkbox"/> Sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Stomie urinaire
Aides respiratoires	
<input type="checkbox"/> Trachéotomie	<input type="checkbox"/> O2
<input type="checkbox"/> Appareil de ventilation (<i>préciser</i>)	
Aide à la parole	
<input type="checkbox"/> Prothèse phonatoire	
Autre appareillage	

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) _____

8 – COORDONNEES ET SIGNATURES

Docteur _____

↳ Médecin traitant ... oui non

Adresse postale _____

Tél. _____

Mail _____

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le _____

Fait à _____

Signature



Liste des pièces à fournir

- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie de la carte de mutuelle, si vous avez une mutuelle
- Copie de l'attestation de CMU, si vous êtes bénéficiaire de la CMU
- Copie de la notification MDPH
- Copie du jugement de protection juridique, si vous bénéficiez d'une mesure.

Si vous disposez d'un certificat médical réalisé pour la MDPH datant de moins de 6 mois, merci de nous en fournir une photocopie ; il sera alors inutile de compléter la fiche médicale.

Vos données sont confidentielles et ne sont destinées qu'au seul personnel interne habilité par la Direction de l'établissement. Vous pouvez accéder aux données vous concernant et, le cas échéant, les faire rectifier, ou demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, comme pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, merci de bien vouloir prendre rendez-vous avec la Direction de l'établissement.