

## **DOSSIER DE CANDIDATURE**

### **MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE Personne Polyhandicapée ou souffrant de Troubles du Spectre Autistique**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

DOSSIER COMPLET A RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :

Siège UGECAM PACA-Corse  
Admission MAS BASTIA  
42, boulevard de la Gaye – BP84  
13 406 MARSEILLE Cedex 9

DATE DE RECEPTION DU DOSSIER :

 <p><b>MAS BASTIA</b></p>	<h1>FICHE DE RENSEIGNEMENTS</h1>
<p>Réf : SEPENC177V01V01/03/2019</p>	<h2>Commission d'admission</h2>

La MAS Bastia accueille des personnes handicapées souffrant de polyhandicap ou de troubles du spectre autistique, disposant d'une orientation de la MDPH.

Les critères d'admission sont priorisés comme suit : personnes en situation critique (décision MDPH), adultes relevant de l'amendement CRETON, rapprochement familial et prévention des situations de rupture.

### **PROCEDURE D'ADMISSION**

Les demandes d'admission sont examinées pour avis par une commission composée d'un Directeur d'établissement, d'un Médecin spécialiste, d'un responsable éducatif et d'un psychologue, disposant d'une expérience dans la prise en charge institutionnelle de ces publics.

L'admission dans l'Etablissement est précédée d'une période d'observation d'un mois reconductible 1 fois et pouvant être dénoncé chaque semaine.

A l'issue de ce délai d'observation, un bilan, réalisé par l'équipe éducative, permet au Directeur de confirmer l'admission définitive.

En raison de l'ouverture de l'établissement, les admissions seront réalisées progressivement, afin de permettre une intégration adaptée et personnalisée de chaque usager.

### **DOCUMENTS OBLIGATOIRES**

Afin de permettre un examen exhaustif et pertinent, le présent dossier d'admission doit être adressé à l'adresse indiquée en première page, accompagné des documents suivants :

- la photocopie de la décision d'orientation de la CDAPH en cours de validité,
- le document ci-après,
- le rapport médical (sous pli confidentiel portant la mention « rapport médical »),
- la copie du projet personnalisé (si actualisé depuis 2017),
- la copie du diagnostic TSA.

Tout document permettant de motiver la demande d'admission, d'exposer le projet de l'usager et de préciser son profil peut être joint.

#### **Protections des données personnelles :**

Les renseignements demandés sont strictement réservés à l'usage interne de l'établissement et soumis aux principes de confidentialité et de secret partagé.

En les fournissant, vous garanzissez leur exactitude et acceptez de les partager avec les professionnels de l'établissement pour favoriser la continuité et la qualité de la prise en charge.

La confidentialité des données est assurée conformément aux dispositions du Règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD).

**SIGNATURES DES PERSONNES QUI DÉPOSENT LE DOSSIER DE CANDIDATURE :**

Personne handicapée :	Représentant légal :
Date :	Date :
Nom :	Nom :
Signature :	Signature :
Personne de confiance (si elle est désignée) :	Famille :
Date :	Date :
Nom :	Nom :
Signature :	Lien de parenté :
	Signature :

# VOLET ADMINISTRATIF ET SOCIAL

Commission d'admission

## 1. ETAT CIVIL DU CANDIDAT :

NOM : .....

Prénoms : .....

Né (e) le : ..... à .....

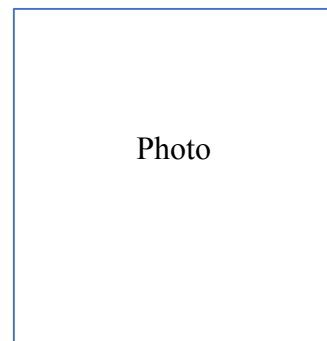
Nationalité : .....

Sexe :  masculin  féminin (cocher la mention utile)

Adresse de résidence : .....  
.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Courriel : .....



## 2. MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

Oui  En cours  Non

Si oui : Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée  Sauvegarde de justice

## PERSONNE OU ORGANISME EXERCANT LA MESURE DE PROTECTION

NOM : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Courriel : .....

*Attention : En cas de réponse « Non », seule la personne handicapée peut remplir le dossier et le déposer. Une audition auprès de la commission d'admission pourra être envisagée afin d'évaluer cette capacité.*

### **3. SITUATION PERSONNELLE**

#### **SITUATION FAMILIALE :**

Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé (e)  Veuf (ve)  Concubinage / PACS

Préciser si la personne a des enfants ou si le conjoint est aussi candidat au sein de la MAS : .....

.....  
.....

#### **CONDITIONS DE VIE ACTUELLE :**

Seul  En famille  Seul avec une tierce personne

En famille d'accueil  (préciser le lien de parenté.....)

En établissement  (préciser le nom.....)

Autre  : (préciser .....

#### **AIDANT FAMILIAL OU REFERENT DE PARCOURS :**

NOM : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

#### **LIENS PARENTAUX :**

Des parents (si nécessaire) : Mariés  Séparés/divorcés  Père décédé  Mère décédée

#### **PERE**

NOM : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Courriel : .....

**MERE**

NOM : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Courriel : .....

**FRATRIE**

NOM : ..... Prénoms : ..... Age : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse : .....

NOM : ..... Prénoms : ..... Age : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse : .....

NOM : ..... Prénoms : ..... Age : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse : .....

**PERSONNE DE CONFIANCE :**

Désignée : Oui  (photocopie de la notification à joindre) Non

NOM : ..... Prénoms : .....

Lien de parenté : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Courriel : .....

## **5. SITUATION SOCIALE**

### **NOTIFICATION DE LA CDAPH AVEC ORIENTATION MAS :**

Oui  (photocopie de la notification à joindre)    En cours     Non

N° du dossier : ..... Valable du ..... au .....

### **ASSURANCE MALADIE :**

N° d'assuré social : ...../...../...../...../...../...../.....

Adresse de la caisse : .....  
.....

Exonération du ticket modérateur : Oui     Non

### **ALLOCATION D'ADULTE HANDICAPE (AAH) :**

Oui  (préciser le montant ..... ) En cours     Non

N° d'allocataire : ..... Valable du ..... au .....

Adresse de la caisse : .....  
.....

### **PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH) :**

Oui  (préciser le montant ..... ) En cours     Non

Valable du ..... au .....    Type : .....

Adresse de la caisse : .....  
.....

**MUTUELLE OU CMU :**

Nom : ..... N° d'adhérent : .....

Adresse de la caisse : .....  
.....

**CARTE D'INVALIDITE :**

N° : ..... Valable du ..... au .....

Taux en % d'incapacité : .....

**ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE :**

Nom : ..... N° police : .....

Adresse de la caisse : .....  
.....

**ASSURANCE DE FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE :**

Nom : ..... N° police : .....

Adresse de la caisse : .....  
.....



## 6. SITUATIONS ANTERIEURES

Pour chaque période de la vie, indiquez les évènements importants et les établissements successivement fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé. (Si la page proposée pour chaque période n'est pas suffisante, merci de compléter sur papier libre).

### PERIODE 0 A 5 ANS :

<b>Evènements importants</b>
------------------------------

<b>Nom de l'établissement ou du service</b>	<b>Date entrée</b>	<b>Date de sortie</b>	<b>Type d'accompagnement</b>	<b>Lieu d'hébergement</b>

**PERIODE 6 A 18 ANS :**

<b>Evènements importants</b>
------------------------------

<b>Nom de l'établissement ou du service</b>	<b>Date entrée</b>	<b>Date de sortie</b>	<b>Type d'accompagnement</b>	<b>Lieu d'hébergement</b>

**AGE ADULTE :**

<b>Evènements importants</b>
------------------------------

<b>Nom de l'établissement ou du service</b>	<b>Date entrée</b>	<b>Date de sortie</b>	<b>Type d'accompagnement</b>	<b>Lieu d'hébergement</b>

# VOLET DE CANDIDATURE

Réf :  
SEPENC177V01V01/03/2019

Commission d'admission

## 1. RAISON DU SEJOUR :

Accueil permanent

Accueil temporaire

Période sollicitée en accueil temporaire : du ..... au .....

Solution de retour à la fin du séjour : .....

.....

.....

.....

## 2. MOTIFS :

Accueil permanent Situation CRETON  Cas critique  Rapprochement familial

Accueil temporaire immédiate  aide aux aidants  répit

échange inter-établissement  attente de place

## 3. DEMANDES EN COURS DANS UNE AUTRE STRUCTURE :

Oui  (préciser laquelle ? ..... ) Non

## 4. MOTIVATION DE LA DEMANDE :

.....

.....

.....

.....



# VOLET EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Réf :  
SEPENC177V01V01/03/2019

Commission d'admission

En cas de prise en charge actuelle au sein d'un établissement médico-social, l'évaluation doit être réalisée conjointement par le référent de la personne accueillie et sa famille.

## 1. EVALUATION DE L'AUTONOMIE :

### La personne peut-elle communiquer ?

- Par la parole
- Par le geste
- Par l'intermédiaire d'un support  (préciser .....
- Autres  (préciser .....
- Pas de communication

### Recommandations et observations particulières sur la communication :

.....  
.....

### La personne est-elle en risque vital permanent ?

- Non
- Oui, en l'absence d'aide technique
- Oui, en l'absence de surveillance humaine
- Oui, en l'absence d'aide technique associée à une surveillance humaine

### La personne est-elle un rituel de lever ?

Heure de lever usuel .....

Rituel .....

.....

### Recommandations et observations particulières sur le lever :

.....  
.....

**La personne fait-elle sa toilette seule ?**

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

**La personne aime-t-elle ?**

- Bain
- Douche

**Recommandations et observations particulières sur la toilette :**

.....

.....

**La personne est-elle incontinente urinaire?**

- Non
- Oui, de nuit  Rare  Fréquent  Permanent
- Oui, nuit et jour  Rare  Fréquent  Permanent
- Appareillage pour WC nécessaire .....

**La personne est-elle incontinente fécale?**

- Non
- Oui, de nuit  Rare  Fréquent  Permanent
- Oui, nuit et jour  Rare  Fréquent  Permanent

**La personne doit-elle être surveillée ?**

- Transit urinaire
- Transit intestinal
- Menstruation
- Protection anatomique    Oui     Non     Oui, de nuit

**Recommandations et observations particulières sur la selle :**

.....  
.....

**La personne peut-elle s'habiller seule ?**

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

**La personne a-t-elle l'habitude de ?**

- Choisir sa vêtue
- Préparer sa vêtue
- Faire son lit
- Ranger son environnement

**Recommandations et observations particulières sur l'habillement :**

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

**La personne peut-elle manger seule ?**

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

Préciser lesquelles (équipement, posture, surveillance...) : .....

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



**La personne a-t-elle une alimentation particulière ?**

- Normale
- Mixée
- Hachée
- Entérale
- Régime  (préciser.....)
- Allergies  (préciser.....)

**Recommandations et observations particulières sur l'alimentation :**

.....

.....

.....

.....

**La personne possède-t-elle le contrôle de son environnement ?**

- Oui
- Non

**La personne peut-elle se déplacer ?**

- Oui, sans aide
- Oui, avec une aide technique  (préciser :.....)
- Oui, avec une aide humaine
- Non

**La personne se repère –t –elle dans l'espace ?**

- Se repère dans sa chambre
- Se repère dans le lieu de vie (service / maison)
- Se repère seule à l'extérieur
- Se repère seule dans les transports en communs
- Non évaluable

**La personne sort elle de son lieu d'hébergement sans aide ?**

- Oui, sans aide
- Non, besoin d'aide pour sortir
- Non, confinée au lieu d'hébergement
- Non, confinée à la chambre
- Non, confinée au lit

**Recommandations et observations particulières sur le déplacement :**

.....

.....

.....

.....

**La personne fume-t-elle ?**

- Oui  (préciser la fréquence .....
- Non

**La personne a-t-elle des besoins particuliers pour son sommeil ?**

- Heure habituelle de coucher  (préciser .....
- Matelas adapté
- Nécessité de barrières de lit (prescription)
- Nécessité de coussins de positionnement
- Nécessité d'une sonnette adaptée
- Retournements pendant la nuit

**La personne a-t-elle des difficultés ou besoins au coucher ou sommeil (insomnies, siestes...) ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Recommandations et observations particulières sur le sommeil (rituel, prise en charge):**

.....

.....

.....

.....

**La personne se repère –t –elle dans le temps ?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Normal                                    | <input type="checkbox"/> |
| Perturbée épisodiquement                  | <input type="checkbox"/> |
| Permet de se situer par rapport aux repas | <input type="checkbox"/> |
| Ne permet pas de situer l'heure des repas | <input type="checkbox"/> |
| Non évaluable                             | <input type="checkbox"/> |

**La personne a-t-elle une mémoire ?**

- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Normale                             | <input type="checkbox"/> |
| Personne sujette à quelques oublis  | <input type="checkbox"/> |
| Ne persistent que des faits anciens | <input type="checkbox"/> |
| Aucun fait n'est retenu             | <input type="checkbox"/> |
| Non évaluable                       | <input type="checkbox"/> |

**La personne a-t-elle des acquisitions cognitives ?**

- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Lecture     | <input type="checkbox"/> |
| Ecriture    | <input type="checkbox"/> |
| Pictogramme | <input type="checkbox"/> |

**La personne se met-elle, par son comportement, en danger ?**

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Jamais                  | <input type="checkbox"/> |
| Parfois                 | <input type="checkbox"/> |
| Souvent                 | <input type="checkbox"/> |
| Notion de danger perçue | <input type="checkbox"/> |

## **2. HABITUDES DE VIE :**

**Qu'est-ce que la personne aime faire ?**

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

**A-t-elle des rituels au quotidien (hors ceux évoqués supra) ?**

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

**Quel est l'état émotionnel général de la personne ?**

- Normale et égale
- Moments d'excitation et de tristesse
- Tristesse marquée
- Apathie complète

Préciser les manifestations des émotions, de l'humeur, de l'angoisse.....

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

**Quelles sont les attitudes à adopter en réponses à la manifestation de crises ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Quelles sont les relations aux autres de la personne (sociable, solitaire, opposant.....) ?**

.....

.....

.....

.....

**La personne participe-t-elle à des activités ?**

- En autonomie
- Activement
- Passivement
- Non
- Sur sollicitation  (Préciser .....

**Quelles activités ou sorties sont pratiquées habituellement ?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| Aller à la piscine <input type="checkbox"/>     | Jardiner <input type="checkbox"/>        | Dessiner <input type="checkbox"/>       |
| Jouer avec l'eau <input type="checkbox"/>       | Peindre <input type="checkbox"/>         | Se promener <input type="checkbox"/>    |
| Jouer en groupe <input type="checkbox"/>        | Sortir en ville <input type="checkbox"/> | Faire du sport <input type="checkbox"/> |
| Regarder la télévision <input type="checkbox"/> | Autre : .....                            |   |

**Quelles sont les modalités d'activités pratiquées habituellement ?**

En autonomie : .....

.....

En structures collectives : .....

.....

En famille : .....

.....

En établissement : .....

.....

**Quelles sont les rythmes d'activités pratiquées habituellement ?**

En matinée : .....

.....

En après-midi : .....

.....

En soirée : .....

.....

**La personne a-t-elle l'habitude de partir en vacances ou de faire des sorties à l'extérieur ?**

.....

.....

.....

**Quelles sont les activités ou sorties (habituelles ou nouvelles) qui seront souhaitées ?**

Demande de l'utilisateur : .....

.....

Demande de la famille : .....

.....

**Recommandations et observations particulières sur les activités :**

.....

.....

.....

**Autres attentes et souhaits à prendre en compte pour l'élaboration du Projet  
Personnalisé d'Accompagnement ?**

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

**Autres observations**

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

**3. EVALUATION FAITE PAR :**

<b>CANDIDAT</b>	<b>FAMILLE</b>	<b>REPRÉSENTANT LÉGAL</b>	<b>PROFESSIONNEL</b>
Date :	Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :	Nom :
	Lien de parenté :	Lien de parenté :	Fonction :
			Etablissement :

En cas de prise en charge au sein d'un établissement médico-social, l'évaluation visée supra doit être réalisée conjointement par le référent de la personne accueillie et sa famille.

	<h1>VOLET DOSSIER MEDICAL</h1>
Réf : SEPENC177V01V01/03/2019	Commission d'admission

Cette fiche doit être remplie par un médecin (médecin traitant ou d'établissement). Elle doit être jointe au reste du dossier de candidature sous enveloppe cachetée pour être transmise au médecin de la commission d'admission.

**1. IDENTIFICATION :**

**CANDIDAT :**

NOM : ..... Prénoms : .....

Dossier Médical Partagé créé :    Oui     Non     En cours

**MEDECIN ASSURANT LA COMPLETUDE :**

NOM : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone : ..... Médecin traitant  Médecin d'établissement

Courriel (sécurisé) : .....

**2. MEDECINS QUI SUIVENT HABITUELLEMENT LA PERSONNE :**

NOM : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone : ..... Spécialité : .....



NOM : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Spécialité : .....

NOM : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Spécialité : .....

### **3. DONNEES MEDICALES**

#### **Diagnostic :**

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

#### **Classification**

Pathologie Principale Code CIM 10 .....

Handicap stabilisé

Handicap évolutif

Pathologie Secondaire Code CIM 10 .....

Handicap stabilisé

Handicap évolutif

Autre(s) pathologie(s) présente(s) .....  
.....

**Antécédents (médicaux et médico-chirurgicaux) :**

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

**Anamnèse**

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

**Traitement (joindre la dernière ordonnance)**

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

**Résultats des principaux examens complémentaires pratiqués**

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

Allergies  préciser.....

.....

**Régime alimentaire**

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

**Contraception**

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

**Examen clinique général**

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

**Hospitalisation de moins de 6 mois (préciser le service)**

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

## **4. BILAN GENERAL**

### **Déficiences motrices**

- Des 4 membres
- D'un seul membre inférieur
- D'un ou 2 membre(s) supérieur(s)
- Des membres inférieurs et supérieurs du même côté
- Des 2 membres inférieurs
- Des 2 membres inférieurs et d'un membre supérieur

Marche  (préciser le périmètre de marche .....

FR électrique  FR manuel  Déambulateur  Canne

- Déficiences de la succion et / ou de la déglutition
- Déficiences de l'élocution et ou de la phonation
- Absence de tout ou partie d'un ou plusieurs membres
- Autre(s) déformation(s)

préciser.....

Commentaires et observations .....

.....

.....

.....

.....

## **Déficiences intellectuelles**

Retard mental léger

Retard mental moyen

Retard mental profond et sévère

Autres déficiences de l'intelligence

Préciser.....

.....

Commentaires et observations .....

.....

.....

.....

.....

## **Déficiences associées**

Acuité visuelle satisfaisante

Acuité visuelle difficile

Cécité

Port de lunettes

Port de lentilles

Acuité auditive satisfaisante

Acuité auditive difficile

Surdité

Appareil auditif

Sonde gastrique

Déficience cardiaque

Déficience respiratoire

Trachéotomie

Ventilation assistée  (préciser la fréquence.....)

Oxygène

Aérosol

Appareillage (Eole, Alpha...)

Epilepsie

Diabète  (préciser le type .....)

Déficience trophique cutanée

Escarres

préciser.....

.....

Expression par le langage

Autres modes de communication

préciser.....

.....

Troubles du comportement exceptionnels et légers

Troubles du comportement fréquents et gênants

Troubles du comportement imprévisibles

préciser.....

.....

Commentaires et observations .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Déficiences du psychisme**

Déficiences intermittentes de la conscience (dont épilepsie)

Troubles neuro-développementaux

Déficiences dues à des troubles psychiatriques graves

Autres déficiences du psychisme

préciser.....  
.....  
.....

Suivi psychiatrique passé

préciser .....  
.....  
.....  
.....

Suivi psychiatrique actuel

préciser .....  
.....  
.....  
.....

Soutien psychologique passé

Soutien psychologique actuel

Soutien psychologique souhaitable

Modalités / Fréquences .....  
.....  
.....  
.....

Commentaires et observations .....

.....

.....

.....

.....

### **Autres informations**

Vaccinations..... Date ..... Date de rappel .....

Vaccinations..... Date ..... Date de rappel .....

Vaccinations..... Date ..... Date de rappel .....

Allergie ou indications particulières .....

.....

.....

### **5. PRISES EN CHARGE**

Soins infirmiers

préciser .....

.....

Ergothérapie

préciser .....

.....

Orthophonie

préciser .....

.....

Kinésithérapie

préciser .....

.....

Psychomotricité



préciser .....

.....

Balnéothérapie

préciser .....

.....

Commentaires et observations .....

.....

.....

.....

## **6. COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ..... A .....

Signature du médecin

Cachet