



**DEMANDE D'ADMISSION
FAS / FAM / MAS
FAS / MAS Accueil temporaire**

MED / EN / 005

Date d'application :
30 /07/2019

Version 002

Pages : 5

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ___ / ___ / ___ à _____

Adresse : _____

Nationalité : _____ Situation familiale et professionnelle : _____

Protection juridique :

- Nom, Prénom : _____
- Adresse : _____
- N° de tél : _____ adresse mail : _____ @ _____

Contact (familial) :

- Nom, Prénom : _____
- Adresse : _____
- N° de tél : _____ adresse mail : _____ @ _____

Contacte (non familial) :

- Nom, Prénom : _____
- Adresse : _____
- N° de tél : _____ adresse mail : _____ @ _____

Caisse d'affiliation d'assurance maladie : _____

N° de matricule de sécurité sociale : _____ / _____

Mutuelle complémentaire : _____

N° dossier MDPH : _____

Assurance responsabilité civile : _____

Nom de la personne ayant rempli la partie administrative :

Date + signature



**DEMANDE D'ADMISSION
FAS / FAM / MAS
FAS / MAS Accueil temporaire**

MED / EN / 005

Date d'application :
30/07/2019

Version 002

Pages : 5

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Motif de demande d'hébergement : _____

Antécédents médicaux _____

Antécédents chirurgicaux : _____

Allergies : _____

Vaccinations : _____

Traitement en cours : _____

Médecin traitant : _____

Médecins spécialistes : _____

Médecin ayant rempli la partie médicale :

Date + Nom + signature + Tampon



**DEMANDE D'ADMISSION
FAS / FAM / MAS
FAS / MAS Accueil temporaire**

MED / EN / 005

Date d'application :
30/07/2019

Version 002

Pages : 5

VIE QUOTIDIENNE et HABITUDES DE VIE

1. ALIMENTATION :

- Régime alimentaire : _____
- Texture alimentaire : _____
- Aversions alimentaires : _____
- Boissons : _____
- Vin : oui / non, fréquence : _____
- Risque de fausse route : oui/ non, remarques : _____
- Nécessité d'une aide au repas : _____
- Aides techniques pour le repas : _____
- Comportements à surveiller (gloutonnerie, potomanie, vols de nourriture ...) : _____
- Lieu des prises des repas : _____
- Collations, compléments, fractionnement : _____

2. TOILETTE

- Horaire : _____
- Type de toilette : _____
- Aide technique (matériel utilisé) : _____
- Fréquence : _____
- Brossage des dents (à solliciter, aide complète) : _____

3. HABILLAGE

- Autonomie à l'habillage ou aides à apporter : _____
- Bas de contention / biflex : _____

4. PROTHESES

- Prothèses dentaires : oui / non (Nom du dentiste : _____)
 - Mise en place : seul, avec aide partielle ou avec aide complète
 - Nettoyage : seul, avec aide partielle ou avec aide complète
- Prothèses auditives (Nom de l'audioprothésiste : _____)
 - Mise en place : seul, avec aide partielle ou avec aide complète
 - Nettoyage : seul, avec aide partielle ou avec aide complète
- Lunettes (Nom de l'opticien : _____)
 - Nature du trouble : vision de près, vision de loin, cécité
 - Mise en place : seul, avec aide partielle ou avec aide complète
 - Nettoyage : seul, avec aide partielle ou avec aide complète



DEMANDE D'ADMISSION FAS / FAM / MAS FAS / MAS Accueil temporaire

MED / EN / 005

Date d'application :
30/07/2019

Version 002

Pages : 5

5. ELIMINATION

- Sur le plan urinaire :
 - Continence / incontinence : _____
 - Accompagnement WC : oui / non
 - Sonde urinaire : oui / non
(si oui, date du dernier changement : __ / __ / ____)
 - Cystocath : oui / non
(si oui, date du dernier changement : __ / __ / ____)
- Sur le plan fécal :
 - Continence / incontinence
 - Support : déclenchement de selles, bouchon
 - Remarques particulières
 - Type de protection : _____

6. MOBILITE

- Description des Transferts :
 - Sortie du lit :
 - Pour aller au WC :
- Déplacements
 - Aide humaine
 - Aide technique
 - Contention fauteuil
 - Protection (casque, genouillère, coudière)
 - Escalier : oui / non
 - Ascenseur : oui / non
 - Périmètre de son environnement habituel :
 - Sorties extérieures :
 - besoin d'accompagnement ?
 - type de transport : bus ? voiture ?

7. COMMUNICATION

- Type de communication : verbale, non verbale
- Langue usuelle parlée ou comprise
- Sait / peut lire
- Sait / peut écrire
- Orientation :
 - dans le temps
 - sur la journée
 - sur la/les semaine(s)
 - dans l'espace (risque de fugue ?)
 - dans l'espace de vie
 - en dehors de l'espace de vie
- Outils spécifiques : pictogrammes, synthèse vocale,
- Troubles psycho-comportementaux, facteurs déclencheurs et attitude à adopter : _____



**DEMANDE D'ADMISSION
FAS / FAM / MAS
FAS / MAS Accueil temporaire**

MED / EN / 005

Date d'application :
30/07/2019

Version 002

Pages : 5

8. SOMMEIL

- Heures de lever : __ : __ Heures de sieste : __ : __ à __ : __ Heures de coucher : __ : __
- Type de sommeil : _____
- Habitudes de sommeil – rituels (dort nu, dort sans oreiller, dort tout habillé....) _____

- Type de lit : _____
- Type de matelas : _____
- Barrière(s) : _____
- Positionnement au lit :
 - Aide humaine (comment, quand) _____
 - Aide technique (coussins ...) _____

9. HABITUDES DE VIE SOCIALE

- Tabac :
 - Combien ? _____
 - Gestion ? _____
- Argent de poche
 - Combien ? _____
 - Gestion ? _____
- Sorties / Hobbies / Sport : _____

10. PRISE EN CHARGE TECHNIQUE EN COURS

- Kinésithérapeute : oui / non
- Ergothérapeute : oui / non
- Psychomotricien : oui / non
- Diététicienne : oui / non
- Psychologue : oui / non

11. Autres éléments à signaler :

Eléments à joindre à cette demande d'admission :

- Copie de l'orientation MDPH F.A.S. / F.A.M. / M.A.S.
- Copie de l'assurance responsabilité civile

Le dossier est à déposer ou à envoyer au :

« Secrétariat Médical du CDRS – 40 Rue du Stauffen – 68020 COLMAR Cedex – B.P. 70468 »