

MAS  
ARTES  
ACCUEIL  
TEMPORAIRE

DEMANDE D'ADMISSION





MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE ARTES  
LA JASSE  
30530 CHAMBORIGAUD

Standard 04/66/61/48/64 Unité Accueil temporaire 06/34/27/41/23  
Courriel : [accueiltemporaire@associationartes.fr](mailto:accueiltemporaire@associationartes.fr) ;/ [mas@associationartes.fr](mailto:mas@associationartes.fr)

**De la personne candidate à l'accueil**

NOM : Prénoms : Sexe :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Adresse de résidence de la personne :  
  
Numéros de téléphone : Fixe  
Portable

**Du tuteur (si mesure de protection)**

Nom Prénom Organisme  
Adresse  
  
Numéros de téléphone : Fixe  
Portable  
  
Adresse courriel :

**Du référent familial**

Nom Prénom  
Adresse  
  
Numéros de téléphone : Fixe  
Portable  
  
Adresse courriel :

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE** (nom, qualité, adresse, téléphone)

- 
- 

Périodes demandées pour l'accueil : du ..... au .....  
Ou séjour séquentiel au rythme de ..... jours /mois

**DOCUMENTS A JOINDRE A CE DOSSIER**

- Notification d'orientation en MAS éditée par une MDPH, datée de moins de 5 ans,
- Photocopie de l'attestation d'ouverture de droit à l'assurance maladie,
- Photocopie de l'ordonnance du traitement médicamenteux en cours.

**COORDONNEES DES PROFESSIONNELS DE SANTE QUI SUIVENT LA PERSONNE**

MEDECIN	NOM	TELEPHONE	ADRESSE
Traitant			
Neurologue			
Ophtalmologue			
Cardiologue			
Dentiste			
Gynécologue			

PARA MEDICAL	NOM	TELEPHONE	ADRESSE
Infirmière DE			
Kinésithérapeute			
Ergothérapeute			
Orthophoniste			
Autre			

Relater dans les grandes lignes l'histoire de la personne.  
Préciser les événements importants qu'elle a pu vivre.

(Parcours scolaire, établissements ou institutions fréquentés, famille)

Dossier complété le : .....

Qualité de la personne ayant complété le dossier : .....

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Poids :

Taille :

**Groupe sanguin :**

**Pathologie, affection principale :**

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

Epilepsie :

Oui       Non  
    ↓  
Stabilisée     Oui       Non  
    ↓  
                    ↓  
                    Fréquence et type des crises

.....

Diabète :

Oui       Non  
    ↓  
Type     1       2  
    ↓  
Traitement par Insuline :     Oui       Non  
    ↓  
                                    ↓  
                                    Nombre d'injections quotidiennes .....

**Antécédents chirurgicaux – autres affections :**

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

**Alimentation :**     solide     hachée     mixée     liquide     Gastrostomie

Risques de fausses routes     Oui       Non

Régime particulier     Oui       Non

    ↓  
                    Précisez .....

.....

**Allergies-Intolérances (médicamenteuses, alimentaires...)- :**

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

**Addictions**

Tabac :  Oui  Non Alcool :  Oui  Non

Médicaments :  Oui  Non Drogues :  Oui  Non

**Troubles du comportement :**

(Automutilation, hétéro agressivité, déambulation, pica, mérycisme, fugue, rapport problématique à l'alimentation)

Décrire les comportements.

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

Port de prothèses :  Oui  Non



Précisez .....

D'orthèses :  Oui  Non



Précisez .....

Nécessité d'une prise en charge kinésithérapie  Oui  Non



Nombre de séances par semaine .....

**INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES**

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

Dossier médical, doit être complété par un médecin, à joindre sous pli cacheté.

Dr .....

A ..... Le .....