



M.A.S Irène Pierre / Foyer d'Accueil Médicalisé de Jour (FAMJ)
Dispositif PasseR'aile / M.A.S Mont-Saint-Martin

1661 Avenue Raymond Pinchard - 54000 NANCY

Tél. : 03.83.93.49.99

Fax. : 03.83.93.49.98

Mail. : contact@alagh.org

Demande d'admission - **VOLET MEDICAL**

SECRET MEDICAL

Etat Civil – Coordonnées

Civilité (cocher la case correspondante)

Madame

Monsieur

Nom de naissance : -----

Nom d'usage (si différent) : -----

Prénom : -----

Date de naissance : -----

Adresse :

Téléphone : -----

Mail. : -----@-----

Pathologies

Pathologie à l'origine du handicap :-----

Accident Date -----

Maladie Année d'apparition : -----

Précisez : Liée à la naissance Origine génétique Autre

Pathologies associées : -----

Histoire de l'affection et du handicap

(Circonstance de survenue, bilan initial en cas de traumatisme, facteurs de gravité, évolution des Troubles)

Parcours de soins :

Antécédents

- Antécédents familiaux :

- Antécédents médicaux :

- Antécédents chirurgicaux :

- Allergies / intolérances médicamenteuses :

- Vaccins – Sérologies :

- Addictions (tabac, alcool, toxiques) :

Médicaments habituels

(Joindre une ordonnance ou fiche traitement)

Médicaments :

Suivi médical

Médecin traitant : Nom : ----- Prénom :-----

Adresse :-----

Téléphone :----- Mail. :-----

Médecins spécialistes

Nom :----- Prénom :----- Spécialité :-----

Nom :----- Prénom :----- Spécialité :-----

Nom :----- Prénom :----- Spécialité :-----

Nom :----- Prénom :----- Spécialité :-----

Etat clinique actuel

Taille : ----- Poids :-----

Description clinique (*décrire les déficiences et leur retentissement fonctionnel : **Joindre les bilans complémentaires utiles***)

• Déficiences neuro-motrices

	MSD	MSG	MID	MIG	TRONC
<i>Paralyisie</i> <u>Complète</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Paralyisie</i> <u>Partielle</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mouvements anormaux ,tremblements</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Spasticité</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troubles de préhension</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

○ Marche OUI NON Périmètre de marche : -----

○ Troubles de l'équilibre : OUI NON Chutes : -----

• Comitialité OUI NON

○ Type et nombre de crises : -----

• Déficiences sensorielles

○ Vue OUI NON Lunettes Lentilles

○ Audition OUI NON Appareil auditif OUI NON

• Déficiences intellectuelle, psychique, cognitive, de communication (**joindre bilans utiles**)

○ Déficit intellectuel : OUI NON Préciser : -----

○ Trouble psychique : OUI NON Préciser : -----

○ Troubles du comportement et de l'humeur :

- Apathie – Défaut d'initiative
- Irritabilité
- Emotivité
- Fugue
- Agressivité
- Troubles des conventions sociale
- Désinhibition – Comportement sexuels inadaptés

○ Troubles cognitifs OUI NON

Mémoire : -----

Attention : -----

Orientation spatio-temporelle : -----

Syndrome dysexecutif -----

Prise de risque -----

Mise en danger

- Pour lui-même* -----

- Pour autrui* -----

○ Langage – communication

- Aphasie – Dysarthrie - Mutité
- Communication non verbale
- Aide à la communication : -----

- **Déficiences digestives**

Bavage

Fausse route : Aux solides Aux liquides

Texture : Normale Mixée

Régime alimentaire : -----

Contraintes alimentaires : -----

Edenté : OUI NON

Gastrostomie (GEP) Depuis : -----

Iléostomie – Colostomie Depuis : -----

Incontinence fécale : Protections : -----

Constipation : Doigtés EMS

- **Déficiences respiratoires**

Infections fréquentes : OUI NON

Insuffisance respiratoire : OUI NON

Assistance respiratoire : OUI NON

VNI : OUI NON

Trachéotomie OUI NON

Oxygénothérapie OUI NON

Aspirations trachéales OUI NON

Kinésithérapie respiratoire OUI NON

• **Déficiences urinaires**

- Lithiase rénale OUI NON
- Insuffisance rénale OUI NON
- Infection fréquente OUI NON
- Incontinence urinaire OUI NON
 - Si oui : Protection Etui pénien
- Sondages intermittents OUI NON
 - Si oui : Autosondage Hétérosondages Fréquence : -----
- Sonde à demeure OUI NON
- Stomie urinaire OUI NON

• **Déficiences cutanées**

- Plaie OUI NON Si oui, localisation : -----
- Escarre OUI NON Si oui, localisation : -----
 - Matelas de prévention d'escarre Type : -----
 - Coussin de prévention d'escarre Type : -----
 - Autres :-----

• **Déficiences métaboliques**

- Diabète OUI NON
- Insuline OUI NON
- Autres traitements : -----

Symptômes majorant les déficiences et incapacités *(fatigue, retentissement psychologique, douleur, prurit...)*

Appareillage

- Chaussures orthopédiques : OUI NON
- Corset orthopédique OUI NON
- Corset siège OUI NON
- Orthèse OUI NON
- Bas de contention OUI NON
- Fauteuil roulant manuel OUI NON
- Fauteuil roulant électrique OUI NON
- Aides techniques OUI NON
- Autres : OUI NON

Informations complémentaires

Date de la demande : -----

Coordonnées du médecin référent *(si différent du médecin traitant habituel)* : -----

Identité du médecin renseignant la demande : -----