

LES FORMALITES D'ADMISSION

Veillez trouver ci-joint des documents indispensables à la constitution de votre dossier d'inscription au sein de la Maison d'Accueil Spécialisée de Laragne.
Nous vous remercions de bien vouloir nous les expédier au plus vite à l'adresse ci-dessous.

Votre candidature sera examinée sur dossier par la Commission d'Admission.
Les dossiers seront traités en fonction de leurs dates de réception.

(Fiche de renseignements individuels + Renseignements médicaux)

Le dossier doit être adressé à :

**-Maison d'Accueil Spécialisée -
-Soleil'Âme-
Centre Hospitalier Buëch Durance -Rue Docteur PROVANSAL-
05 300 LARAGNE**

☎ 04.92.65.56.70

RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

à retourner avec le Certificat Médical à

(MAS Soleil Âme
(Centre Hospitalier Buëch Durance
(Rue Docteur PROVANSAL
(05300 LARAGNE

NOM : **PRENOM :**

Date de naissance :

Nom et adresse du responsable légal :

N° Téléphone :

Lieu de résidence actuel :

Forme de protection :

Médecin Traitant :

Service Hospitalier :

Prise en charge en institutions antérieures éventuelles (lieu et date) :

Traitement médicamenteux en cours :

Date et Signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX D'INSCRIPTION

(à faire remplir par le médecin)

NOM ET PRENOM DU PATIENT :

Nom et adresse du médecin :

Téléphone : Fax :

Etes-vous le médecin traitant habituel de ce patient OUI NON

A-t-il eu des prises en charge en institution antérieures OUI NON

Année	Lieu	Durée

ANTECEDENTS

Médicaux	
Chirurgicaux	
Psychiatriques Comportementaux	

A CE JOUR

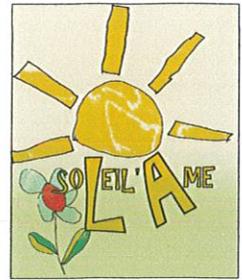
Etat somatique	
Etat psychique	

TRAITEMENT ACTUEL :

Si le patient en possède, prière d'amener tout examen de sang récent, échographie abdominale, radio pulmonaire ...

MAS Soleil'Âme- Centre hospitalier Buëch Durance – Rue Docteur PROVANSAL – 05 300 LARAGNE

☎04.92.65.56.70



Laragne, le

FICHE ADMINISTRATIVE
Transmise au Bureau des Entrées – C.H. Buëch Durance
- MAS Soleil'âme -

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu :
Nom et Adresse du responsable :	

Tél. domicile :

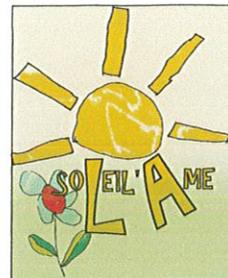
Tél. portable :

Protection :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Provenance :

- Centre (lequel) :
- Domicile
- Autre



PIECES NECESAIRES A UNE ENTREE A LA MAS

SECRETARIAT

PIECES A FOURNIR

- ORIENTATION MAS MDPH**
- CONVENTION SIGNEE**
- PIECE D'IDENTITE**
- CARTE D'INVALIDITE**
- CARTE VITALE MISE A JOUR**
- MUTUELLE MISE A JOUR**
- ATTESTATION ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE A JOUR**
- FICHE ADMINISTRATIVE REMPLIE**
- ATTESTATION DU RESPONSABLE LEGAL OU JUGEMENT DE TUTELLE**

Santé

A un traitement médical (lequel ?)	oui	non
Epilepsie : stabilisée	oui	non
Epilepsie : occasionnelle	oui	non
Epilepsie : fréquente	oui	non
Troubles de la vue, sensoriel, etc...	oui	non
Port d'un casque	oui	non
Port d'une prothèse dentaire	oui	non
Cardiopathie	oui	non
Asthme	oui	non
Diabète	oui	non
Excéma	oui	non

Propreté Hygiène Toilette Seul

	Seul	avec aide
Fait sa toilette	oui non	oui non
Se rase	oui non	oui non
S'habille	oui non	oui non
Met ses vêtements	oui non	oui non
Retire ses sous-vêtements	oui non	oui non
Reconnait ses vêtements	oui non	oui non
Se chausse	oui non	oui non
Porte des chaussures orthopédiques	oui non	oui non

Est énurétique le jour	oui	non
Est énurétique la nuit	oui	non
Est encoprésique le jour	oui	non
Est encoprésique la nuit	oui	non
Faut il le lever la nuit	oui	non
Va au wc seul	oui	non
A peur de la douche	oui	non
Préfère le bain	oui	non
A peur du shampooing	oui	non
A peur du lavage des dents	oui	non
A peur du rasoir	oui	non

Comportement

A un objet fétiche (doudou)	oui	non
A des rituels sécurisants	oui	non
A des goûts particuliers	oui	non
Manifestations agressives	oui	non
Avec les adultes	oui	non
Avec ses pairs	oui	non
Tendance sociable	oui	non
Tendance isolement	oui	non

Motricité

	Seul	avec aide
Se déplace en fauteuil roulant	oui non	oui non
Se déplace en déambulateur	oui non	
Se déplace a quatre pattes	oui non	
Difficultés motrices(cannes)	oui non	
Fatigable à la marche	oui non	
Marche	oui non	
Marche avec aide	oui non	
Monte un escalier seul	oui non	
Monte un escalier avec aide	oui non	
Descend un escalier seul	oui non	
Descend un escalier avec aide	oui non	

Loisirs / Plaisirs

Baignade autorisée	oui	non
Aime l'eau	oui	non
Aime les animaux,	oui	non
La sensation corporelle	oui	non

Traitements en cours :

Types de crises et éléments déclencheurs

Informations complémentaires :

Si oui lesquels

Informations transmises par la famille et autre information