

DOSSIER ADMINISTRATIF MAS MALVAU

IDENTITE DU RESIDENT

Nom :
Prénom :
Date de naissance : __/__/____
Lieu de naissance :
Sexe : Masculin Féminin
Situation de famille :
Nationalité :
Religion (*facultatif*) :

Photo d'identité

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE DU RESIDENT

Est-il sous : Tutelle Curatelle Simple Curatelle Renforcée
Nom du représentant légal :
Lien de parenté :
Adresse :
.....
Numéro de téléphone :

FAMILLE DU RESIDENT

Père

Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Date de naissance : __/__/____
En cas de Décès - Date : __/__/____
Profession :

Mère

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance : __/__/____

En cas de Décès - Date : __/__/____

Profession :

Fratrie : Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Date de naissance, Profession

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

Autres personnes (indiquer le lien de parenté éventuel) :

.....
.....

Situation relationnelle avec la famille :

Courriers, séjours, visites, appels téléphoniques : à quelle fréquence ?

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

CONJOINT(E) DU RESIDENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance : __/__/____

En cas de Décès - Date : __/__/____

Profession :

COUVERTURE SOCIALE DU RESIDENT

Numéro d'immatriculation : [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_]

Caisse :

Ayant droit (nom de l'assuré) :

Assuré volontaire :

MDPH

Perçoit-il l'Allocation Adulte Handicapé ? Oui Non

Perçoit-il l'Allocation Compensatrice Tierce Personne ? Oui Non

Perçoit-il d'autres aides ? Oui Non

Si oui lesquelles :

A-t-il une Carte d'Invalidité ? Oui Non

Si oui, N° : Taux : % Echéance : .../.../.....

Orientation « Maison d'Accueil Spécialisée » Oui Non

Date : .../.../... Département : Echéance : .../.../.....

SITUATION ACTUELLE DU RESIDENT

Est-il actuellement en institution : Oui Non

Si oui, Quel type d'établissement :

Depuis quelle date :

Est-il toujours resté en famille ? Oui Non

Bénéficie-t-il d'un suivi par un service social ? Oui Non

Si oui, coordonnées :

.....
.....

DIVERS

Personne et /ou service à prévenir en cas d'accident :

.....
.....

N° de téléphone :

Personnes susceptibles de le recevoir pour des week-ends ou des séjours familiaux ?

.....



.....

Adresse (si nécessaire) :

.....

.....

AUTONOMIE

COMMUNICATION

Emission

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Parler | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Compréhensible de tout le monde | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Compréhensible des personnes averties | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Ecriture | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Gestes – mimiques | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Autres (préciser) :

.....

.....

Perception

- | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| Du langage parlé | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| De l'écriture | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Des gestes mimés | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Autres (préciser) :

.....

.....

Emotions

Comment les exprime-t-il ?

.....

.....

.....

.....

DEPLACEMENTS (sur terrain plat – sans l'aide d'une personne)

Marche

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Possible sans appareillage | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Possible de monter les escalier | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Possible avec appareil | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Possible avec aide de marche (canne, cadre, etc.) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Possible avec rampe fixe d'appui | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- Possibilité au lit :**
- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| De se retourner seul | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| De s'asseoir dans le lit | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| De se lever seul | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| De se coucher seul | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Nécessité de l'assistance d'une personne

Totale (préciser) :

.....

.....

Partielle (préciser) :

.....

.....

Observations éventuelles :

.....

.....

HYGIENE

- Possibilité d'utiliser :**
- | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| Un lavabo ordinaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
- Possibilité de se laver seul :**
- | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Le visage | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les mains | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Les dents | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le corps entier | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Dans une douche | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
- Possibilité d'utiliser les toilettes :**
- | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| De lui-même | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Sur sollicitation | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
- Acquisition sphinctérienne :**
- | | | |
|----------|------------------------------|------------------------------|
| Diurne | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Nocturne | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Nécessité de l'assistance d'une personne

Totale (*préciser*) :

.....
.....

Partielle (*préciser*) :

.....
.....

Observations éventuelles :

.....
.....

HABILLAGE

Possibilité de :

S'habiller seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> sur sollicitation
Se déshabiller seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> sur sollicitation
Choisir ses vêtements	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> sur sollicitation
Boutonner	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> sur sollicitation
Mettre des chaussures	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> sur sollicitation
Lacer des chaussures	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> sur sollicitation
Mettre les appareils orthopédiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> sur sollicitation

Nécessité de l'assistance d'une personne

Totale (*préciser*) :

.....
.....

Partielle (*préciser*) :

.....
.....

Observations éventuelles :

.....
.....

ALIMENTATION

Possibilité de :

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Se servir à manger | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| S'alimenter seul | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Utiliser des couverts ordinaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Manger de tout | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Boire seul | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Nécessité :

D'une nourriture mixée, hachée, liquide oui non

Précisez :

De couverts adaptés oui non

D'un régime adapté oui non

Si oui, lequel.....

Nécessité de l'assistance d'une personne

Totale (préciser) :

.....
.....

Partielle (préciser) :

.....
.....

SOCIALISATION

Comment s'adapte-t-il à chaque nouveau contexte ?

- dans une institution :

.....
.....

- à l'extérieur :

.....
.....

Participe-t-il aux tâches collectives : oui non sur sollicitation

Lesquelles

.....

.....

A-t-il été scolarisé : oui non

Jusqu'en quelle classe :

A-t-il reçu une formation professionnelle : oui non

Si oui, laquelle :

Quelles sont ses activités préférées ou ses centres d'intérêts ?

.....

.....

COMPORTEMENT

A-t-il des troubles du comportement ou des conduites à risques : oui non

Quelles en sont les manifestations :

- Risques d'errance* *(Par exemple, alimentaires, sexuelles ou nocturnes)*
- Fugues *
- Abus sexuels *
- Exhibitionnisme *
- Violence sur l'entourage *
- Envers lui-même *
- Violence sur le matériel *
- Autres*

* préciser sous quelles formes cela se manifeste :

.....
.....

Encoprésie : diurne nocturne

Enurésie : diurne nocturne

A-t-il un caractère difficile :

- en groupe oui non
- en famille oui non

Est-il d'un naturel :

- calme oui non
- renfermé oui non
- doux oui non
- agité oui non
- expansif oui non

Précisions éventuelles :

.....
.....

Fume-t-il : oui non

A-t-il l'habitude de boire du café : oui non souvent

Est-il abstinent stabilisé pour l'alcool : oui non

Est-il abstinent stabilisé pour un autre produit : oui non Le(s)quel(s) :

A-t-il le sens du danger :

- pour lui oui non
- pour les autres oui non

HISTORIQUE DU PARCOURS DU RESIDENT

Famille

Dates

de : .../.../....

à : .../.../....

ATTESTATION

- **A remplir et signer par le Directeur de l'Etablissement si le candidat vit en institution ;**
- **Par le tuteur si le candidat ne vit pas en institution. Dans ce cas, le signataire fournira une copie du jugement des tutelles.**

Je soussigné(e)..... agissant en qualité
de.....,

m'engage à reprendre, Madame, Mademoiselle, Monsieur⁽¹⁾..... pendant ou à la
suite de sa période d'essai (1 mois), si celle-ci ne s'avérait pas concluante.

Fait à,

le

Cachet de l'établissement et signature⁽²⁾ du Directeur:	Signature⁽²⁾ du tuteur :
---	--

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles.

⁽²⁾ faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé ».

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

LE JOUR DE L'ADMISSION

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

1. 5 photos d'identité (indiquer le nom du Résidant derrière).
2. Notification de décision MDPH (Orientation en MAS, AAH et Carte Invalidité).
3. Décision de la prise en charge AIDE SOCIALE.
4. Attestation d'Affiliation sécurité sociale (CPAM, MSA, autres...).
5. Carte Vitale.
6. Carte d'affiliation MUTUELLE.
7. Attestation CSS (anciennement CMU-C).
8. Extrait d'acte de naissance.
9. Copie du livret de famille.
10. Copie du jugement de mesure de protection.
11. Notification de pension, A.A.H., retraite, rentes, autres...
12. Carte Nationale d'Identité.
13. Carte d'Invalidité.
14. Le Projet Personnalisé le plus récent du résident.
15. Assurance responsabilité civile obligatoire



DOSSIER MEDICAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : H F

IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR

Nom : Prénom :

Téléphone / Fax : Adresse mail :

Pharmacie habituelle :

Médecin traitant si différent du médecin adresseur :

Nom : Prénom :

Tel :

CONDUITES ADDICTIVES

<u>Motif de la demande</u> <u>actuelle</u>	<u>Degré de gravité</u> Léger (L) Modéré (M) Sévère (S)	<u>Motif de la demande</u> <u>actuelle</u>	<u>Degré de gravité</u> Léger (L) Modéré (M) Sévère (S)
Alcool		Cocaïne	
Tabac		Antalgiques / Opiacés	
Cannabis		Benzodiazépines / Psychotropes	
Héroïne		Addictions comportementales	
		Autres	

SUIVIS ANTERIEURS EN ADDICTOLOGIE (Ambulatoire /Résidentiel) :

TRAITEMENTS EN COURS (Nom du médicament et posologie) : fournir une ordonnance récente concernant le traitement

Le patient est-il sous traitement de substitution aux opiacés : OUI NON

Si oui lequel (ne pas oublier la forme et la posologie) :

Le patient est-il sous traitement de substitution nicotinique :

Si oui lesquels :

Autres traitements :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : H F

ANTECEDENTS :

Chirurgicaux :

Médicaux :

Psychiatriques :

Dont antécédents de tentative de suicide :

***dates :**

Allergies :

ETAT DE SANTE ACTUEL

1. Renseignements médicaux

Poids : kg Taille : m Nécessité d'un régime alimentaire spécifique :

2. Etat clinique

Physique / Somatique :

Psychiatrique :

Idées suicidaires :

- Avec scénario
- Sans scénario

Troubles de la personnalité :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : H F

3. Consultations ou examens complémentaires prévus

AUTONOMIE DU PATIENT

1. Est-il autonome pour :

- La toilette OUI NON
- Marcher sur une distance supérieure à 500 m OUI NON
- Monter un escalier OUI NON

2. Présente-t-il des particularités cliniques :

- Appareillage respiratoire OUI NON

Si oui : Apnée du sommeil Insuffisance respiratoire

- Appareillage orthopédique OUI NON
- Restrictions à l'activité sportive : OUI NON

- Si oui lesquelles :

- Autres : OUI NON

Si oui lesquelles :

DATE : / / Nom et signature du praticien adresseur + CACHET :

NE PAS OUBLIER DE NOTER LE NOM ET PRENOM DU PATIENT SUR CHAQUE FEUILLE

DOCUMENTS MEDICAUX à fournir

1. Ce dossier médical de moins de 3 mois.
2. Bilan sanguin requis avant l'entrée directe : NFS, Plaquettes, TP, Ionogramme + Glycémie + Créatinémie, TSH, TG + Cholestérol
3. Sérologie des Hépatites A, B, et C, HIV, Syphilis et dosage des anti-corps anti-HBS pour apprécier l'immunité du vaccin de l'hépatite B.
4. Téléthorax récent, dont le résultat doit être antérieur de 2 mois à la date d'admission.
5. Calendrier vaccinal : DTP, Hépatite B, BCG.
6. Carnet de santé
7. Pour les personnes de sexe féminin :
 - ⇒ Photocopie du dernier examen gynécologique.
 - ⇒ Méthode de contraception.
 - ⇒ Résultats du dernier frottis.
 - ⇒ Mammographie (pour les candidates de 50 ans et plus).
8. Ordonnance du traitement en cours^(*).

^(*) Merci de fournir le traitement pour 15 jours.

J'ai un enfant mineur

Je reçois un code provisoire pour mon enfant.
Je dois activer Mon Espace Santé pour mon enfant.
L'autre parent doit être d'accord.



Comment me rendre sur mon espace santé ?

Je peux utiliser le site Internet
monespacesante.fr



Besoin d'informations ?

Vous pouvez nous téléphoner
du lundi au vendredi
de 8 heures 30 à 17 heures 30



au 3422

Transcription FALC effectuée par le groupe FALC Chantecler



mon ESPACE SANTÉ



Un nouveau service pour bien m'occuper de ma santé

Dans mon espace santé,

je peux ranger mes documents de santé en toute sécurité.

Mon espace santé est **dématérialisé**.

Cela veut dire que les documents sont numériques.

Les documents ne sont pas en papier.

Mon espace santé est **sécurisé**.

Cela veut dire que personne ne peut voir mes documents.

Mes documents sont protégés.



Je veux en savoir plus

sur la protection de mes documents ?

Je scanne ce QR code.

Pour scanner le QR code,

j'installe une application sur mon téléphone.



Comment utiliser Mon Espace Santé ?

- Je reçois un code par email.
- Je vais sur le site monespacesante.fr
- Je prends ma carte vitale.



Un mois après que j'ai reçu le mail,

- Mon espace santé est créé.

Je demande un nouveau code sur le site monespacesante.fr.

- Je peux refuser la création de mon espace santé.

Je trouve quoi dans mon espace santé ?

- Mon **Dossier Médical Partagé (DMP)**
Je peux y ranger tous mes documents de santé.
Mon médecin peut les consulter.

- Une **messaging sécurisée**
Mon médecin peut m'envoyer des lettres par mail.



- Un **agenda de santé**
Je peux noter tous mes rendez-vous.
Je reçois des rappels pour les vaccins.



- Des **applications utiles**

Je peux demander à **tout moment**

- la fermeture de Mon Espace Santé
- la suppression des documents sur Mon Espace Santé

Le Dossier Médical Partagé est un **carnet de santé**.

On y trouve

- les traitements
- les résultats d'examen et d'analyses

Je choisis avec qui je partage ces informations.

Je sais toujours qui a regardé mes documents.

Les professionnels de santé doivent donner leur nom pour regarder mes documents.

J'ai déjà un Dossier Médical Partagé ?

Je le retrouve sur Mon Espace Santé.

Qui peut mettre des documents dans mon espace santé ?

Les professionnels de santé ajoutent

- des résultats d'examen
- des résultats d'analyse

Je suis averti(e)

- quand un nouveau document est déposé dans mon espace santé
- quand un nouveau message arrive dans mon espace santé
- quand un professionnel de santé va dans mon espace santé pour la première fois.





Pré-admission / Admission

- Demande d'admission (famille, structure, médecin référent...)
- Évaluation du dossier médical, psychologique et addictologique
- Entretien avec le résident, la famille et les soignants lors d'une visite de Pré-admission
- Dossier d'admission, règlement et livret d'accueil remis au résident lors de la visite de Pré-admission



Accueil & Observation (1 à 6 mois)

- Période d'adaptation et d'observation
- Bilan pluridisciplinaire :
 - Médical
 - Psychologique
 - Educatif
 - CESF
- Élaboration du **Projet Personnalisé de soins (PPS)**
- Signature du contrat de séjour



Prise en charge pluridisciplinaire

- **Addictologique** :
 - Accompagnement à l'abstinence ou réduction des risques
- **Médicale** : suivi somatique (diabète, hépatite, etc.)
- **Psychologique** : entretiens individuels, soutien émotionnel
- **Infirmières et Aides-soignantes** : traitements, aide à la vie quotidienne, accompagnement au maintien de l'autonomie, ...
- **Éducatif et social** :
 - Activités de loisirs
 - Travail sur l'autonomie
 - Réinsertion progressive (si possible)
 - Groupe d'éducatifs thérapeutiques



Coordination externe

- Travail en réseau avec :
 - CSAPA / CAARUD
 - Médecins traitants, hôpitaux
 - Services sociaux (ASE, AAH, curatelle...)
 - Famille et tuteurs
- Réévaluation régulière du projet personnalisé



Suivi à long terme / Réajustements

- Réévaluations trimestrielles / semestrielles
- Adaptation du projet en fonction de l'évolution clinique
- Préparation à une éventuelle orientation (ESMS, logement adapté...) si évolution favorable



Les partenaires

- ARS
- Les communes et communautés de communes
- La MDPH
- Les acteurs locaux de la vie associative et de la culture
- Les services de Justice
- Les associations d'entraide



Une équipe pluridisciplinaire

- Directrice
- Cheffe de service Médecin Psychologue
- Conseiller en Economie Sociale et Familiale
- Conseillère en Insertion
- Des infirmières et Aides-Soignantes
- Éducateur spécialisé
- Moniteurs éducateurs
- Accompagnant Éducatif & Social
- Personnel administratif (RH, Comptabilité, Secrétariat)
- Personnel de maintenance et d'entretien
- Personnel de nuit



Plan d'accès



La MAS se situe dans l'enceinte de l'EHPAD de la Bourdaisière à Montlouis sur Loire

Par les transports en commun :

- Train TER : ligne Tours-Orléans station Montlouis sur Loire (12mn de Tours et prendre un taxi)
- Bus Rémi ligne Tours-Blois (environ 30 mn de Tours)

En véhicule :

- De Tours via D140 (18 mn)
- De Chambray les Tours via D140 (22 mn)
- D'Amboise via D83 et D140 (18mn)
- De Blois via D952 (52 mn)



MAS du CENTRE MALVAU

Maison d'Accueil Spécialisée
en Addictologie et Psychiatrie

111, avenue Gabrielle d'Estrées
37270 MONTLOUIS SUR LOIRE

02 47 57 21 92
E-mail : mas@elan-retrouve.org



Qui ?

La MAS accueille un public adulte mixte en situation de handicap psychique et conduites addictives stabilisés.



Quels objectifs ?

L'objectif principal est de travailler sur un projet de vie inclusif, ce qui passe par :

- Des activités groupales et ouvertes sur l'extérieur
- Un accompagnement individuel
- Du maintien de l'autonomie
- De la réduction des risques liés aux addictions



Quelle durée de séjour ?

La durée du séjour est déterminée en fonction des objectifs définis dans le projet de vie.



L'accompagnement médico-social

Afin de répondre aux besoins de la personne accueillie, l'accompagnement s'organise de la manière suivante :

- Définir un projet d'accompagnement personnalisé
- Proposer des soins personnalisés et un soutien éducatif
- Proposer des actions inclusives
- Soutenir la réinsertion sociale



Modalités d'accueil

La MAS accueille les personnes sur dossier après avis d'une commission d'admission et décision de l'équipe de direction.

La MAS est ouverte 7 jours sur 7 et 365 jours par an. L'équipe intervient du lundi au dimanche 24H/24.

Des astreintes administratives sont organisées 365 jours par an.



Quelles sont les missions ?

La mission principale consiste à rendre la personne accompagnée actrice de son parcours, en proposant :

- Un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire
- Une inclusion sociale pérenne
- La stabilisation globale de la situation de la personne accompagnée
- L'inscrire dans un parcours de soin dynamique en lien avec ses objectifs personnels.

**OUVERTURE PROCHAINE
DÉBUT 2026 !**