



DOSSIER DE DEMANDE

Candidat

Mr

Mme

Melle

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

 _____

Personne référente

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

 _____

e-mail _____

MOTIVATION DE LA DEMANDE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Etat de santé | <input type="checkbox"/> Décès du conjoint | <input type="checkbox"/> Difficultés liées au logement |
| <input type="checkbox"/> Départ des enfants | <input type="checkbox"/> Problèmes familiaux | <input type="checkbox"/> Ne souhaite plus vivre seul(e) |
| <input type="checkbox"/> Sécurité | <input type="checkbox"/> Autres | |

Quand souhaitez vous entrer ?

.....

Merci de nous expliquer en quelques lignes les motifs de votre demande

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOSSIER ADMINISTRATIF

Etat Civil :

Nom :

Prénom :

Sexe : F M

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Tél. : Mobile :

Profession que vous avez exercée :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. : Mobile :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Concubinage Pacsé(e)

Séparé(e) Veuf (ve) Divorcé(e)

Avez-vous des enfants :

oui non si oui, combien :

Nom, prénom, coordonnées des enfants :

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

Demande d'admission faite par :

- Le candidat La famille L'assistante sociale
 Un établissement hospitalier Une tierce personne

Personne qui a formulé la demande (si ce n'est pas le candidat)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. : Mobile :

Renseignements administratifs :

Financement de la prise en charge :

Pensez-vous devoir faire appel à l'Aide sociale : oui non

Mesure de protection :

- Tutelle
 Curatelle
 Curatelle simple
 Curatelle renforcée

Nom du tuteur ou du curateur :

Adresse :

Lien de parenté avec la personne protégée :

Tél. :

Sécurité sociale :

N°d'immatriculation :

Caisse d'affiliation

Adresse

Mutuelle complémentaire santé :

Nom :

Adresse :

Caisse d'allocation familiale :

N° allocataire :

Caisse d'affiliation :

Adresse :

Autres renseignements :

Votre domicile actuel :

En appartement

En maison

Seul

Avec des enfants

Avec le conjoint

Avec d'autres membres de la famille

Etes vous :

Propriétaire

Locataire

Logé à titre gracieux

En foyer logement : depuis quelle année

Dans un établissement sanitaire : précisez

Bénéficiez vous :

De l'allocation logement

De l'APL

Du fonds de solidarité

D'une allocation tierce personne

D'une aide ménagère

Dispositions à prendre en cas de décès

Pompes funèbres à contacter

N° sociétaire

Nom et coordonnées des pompes funèbres
.....
.....


Personnes à prévenir

Noms, prénoms

 domicile

 portable

Noms, prénoms

 domicile

 portable

Apprenons mieux vous connaître

Nom et coordonnées de votre médecin traitant :

.....

Souhaitez vous garder ce médecin traitant ? oui non

Vie quotidienne

Afin de mieux vous connaître, mettez une croix dans la case correspondant le mieux à vos possibilités pour faire face aux activités ci-après :

	oui	non
Faites vous vos repas seul(e)		
Bénéficiez vous d'une aide (famille, voisins) pour vos repas ?		
Faites vous vos courses seul(e)?		
Bénéficiez vous d'une aide (familles, voisins, aide ménagère) pour faire vos courses ?		
Faites vous votre ménage seul(e)		
Bénéficiez vous d'une aide (familles, voisins, aide ménagère) pour faire votre ménage ?		

Vie sociale

	Oui	non
Savez-vous Lire, écrire ?		
Compter ?		
Utiliser un agenda ?		
Utiliser un téléphone ?		
Utiliser un ordinateur ?		
Utiliser Internet ?		
Gérer seul(e) votre argent ?		
Sortez-vous à l'extérieur régulièrement		
Si oui à quelle fréquence ?		
Vous arrive-t-il de vous perdre ?		
Sortez-vous seul (e) ?		
Sortez-vous accompagné ?		
Fréquentez vous un club du 3 ^e âge ou une association ?		

Quel type de sorties avez-vous l'habitude de faire (courses, promenades, spectacles, ...?)

.....
.....

Quels sont vos autres loisirs et vos activités préférées ?

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

Dossier rempli par

Le

Signature

DOSSIER MEDICAL
(à remplir par le médecin traitant)

Identité du candidat

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Médecin

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Mobile : _____

L'objectif de ce dossier médical est de déterminer si votre patient peut intégrer notre structure. Nous devons donc en avoir une image globale. Les questions sont d'ordre médical mais concernent aussi l'autonomie dans la vie quotidienne. Si vous n'avez pas toutes les informations, merci de demander à la famille, mais aussi aux intervenants à domicile qui pourront également compléter le dossier.

Nous vous prions de renseigner tous les items et, si vous n'avez pas l'information, de nous le signaler.

Nous attirons particulièrement votre attention sur le **MMS** qui doit être renseigné car il s'agit d'un critère déterminant dans le processus de décision d'admission.

Par ailleurs, les copies de compte-rendu d'hospitalisation, de résultats d'examen complémentaires, d'examens biologiques récents etc., nous seront utiles dès ce stade.

Merci de votre collaboration

Antécédents

ATCD médicaux :

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

ATCD chirurgicaux :

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

Allergies :

.....

Vaccination :

Tétanos :	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	Date du dernier rappel : .../.../.....
Poliomyélite :	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	Date du dernier rappel : .../.../.....
Diphtérie.....	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	Date du dernier rappel : .../.../.....

Etat nutritionnel

Poids : Taille : Albuminémie le .../.../..... =
Régime alimentaire :

Traitement :

Actuel :

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

Temporaire :

.....
.....

Pathologie en cours

Neuro-psychologique :

MMS : date : Résultat :

Consultation neuropsychologique : Date : .../.../.....

Neurologue/ psychiatre :

Dans le cas où votre patient présente une pathologie cérébrale, avez-vous remarqué depuis le début de la maladie :

- Troubles du langage : troubles phasiques, difficultés de compréhension : oui non
- Non reconnaissance des proches : oui non
- Troubles de l'humeur : tristesse, dépression : oui non
- Idées délirantes : oui non Hallucinations : oui non
- Agitation/ agressivité/ opposition : oui non
- Apathie/ perte de motivation : oui non Desinhibition : oui non
- Sommeil : difficulté à s'endormir, errance nocturne : oui non

Votre patient a-t-il été informé de son diagnostic ? oui non

Votre patient méconnaît-il ses difficultés ? oui non

Si oui, cela entraîne-t-il le refus de toute aide ? oui non

Rhumatologique/ orthopédique :

.....
Marche avec aide technique (cane, déambulateur, fauteuil, orthèse,...) :

Chutes : Fréquence :

Rhumatologue/ chirurgien.....

Génito-urinaire :

.....
Continence urinaire : diurne : Nocturne :

Fonction rénale : Clairance de créatininémie le .../.../... =

Urologue/ néphrologue :

Cardio-vasculaire :

.....
TA = Pace-maker :

Cardiologue :

Endocrinologique

.....
Endocrinologue :

Pulmonaire :

.....
Pneumologue :

Digestive :

.....
Etat bucco-dentaire : Appareil dentaire : haut/bas.....

Troubles du transit : Continence fécale :

Gastro-entérologue :

Cutanée

.....
Ulcères :..... Escarres :.....
Dermatologue :.....

Sensorielle :

Audition :..... Appareillage :..... Droite/gauche.....
Vue :..... Lunettes :.....

Autonomie :

	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale
Fait sa toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait ses transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monte les escaliers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'oriente :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GIR (Groupe Iso Ressources) le :.../.../..... =

Utilisation d'un fauteil roulant oui non

Utilisation d'aides techniques oui non

Intervenants à domicile :

Famille :..... Nb heures/semaine :.....

Auxiliaire de vie :..... Nb heures/semaine :.....

Infirmière :..... Nb fois / semaine

Aide-ménagère :..... Nbe heures/semaine :.....

Portage de repas :..... Téléalarme :.....

Kinésithérapie :..... Nb séances / semaine.....

Votre patient a-t-il été hospitalisé au cours des six derniers mois ? Pour quel motif ?

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

Dans l'hypothèse où votre patient serait admis dans notre structure, continuerez-vous à le soigner?
(Si oui, merci de nous contacter pour que nous puissions examiner ensemble les modalités
d'intervention au sein de notre établissement)

Le :..... A.....

Signature et cachet du médecin

(Si vous n'êtes pas le médecin traitant, merci de nous indiquer son nom et ses coordonnées)

Pour la demande d'admission

- Dossier administratif
- 1 photo à coller sur la première page du dossier de demande d'admission
- Dossier médical (**à remplir impérativement par votre médecin**)
- Certificat medical de non-contagion et d'aptitude à vivre en collectivité
- Copie du livret de famille
- Copie de la carte d'identité
- Copie de la carte de sécurité sociale
- Copie de la carte de mutuelle
- Copie de jugement de tutelle ou de curatelle (si vous êtes sous tutorat)
- Numero allocataire CAF
- RIB Original
- Les deux derniers avis d'imposition ou de non imposition
- Bulletin de pension ou justificatif de ressources
- Notification d'admission à l'aide sociale

A l'admission :

- Ordonnance du traitement en cours
- Médicaments prescrits en cours
- Carte de groupe sanguin
- Carnet de santé
- Trousseau complet

Ce dossier est à renvoyer, une fois complété, à l'attention de :

**Fces CAR sud est
Résidence L'Oustau de Lure/ Service des admissions
Immeuble Ellipsis
125, rue de l'hostellerie
30000 NIMES**

Seuls les dossiers complets seront examinés. Nous vous répondrons dans les meilleurs délais.