



DEMANDE D'ADMISSION

A retourner à :
EHPAD La Méditerranée
Av Méditerranée-La Franqui
11370 LEUCATE
Tel :04.68.45.70.38-Fax :04.68.45.63.23

LE RESIDENT ET SON ENTOURAGE :

<i>Nom</i> :.....	<i>Né(e) le</i> :.....
<i>Nom de jeune fille</i> :.....	<i>A</i> :.....
<i>Prénoms</i> :.....	
<i>Adresse habituelle</i> :	<i>Situation Familiale</i> : <i>Marié (e)</i> <i>Veuf(ve)</i> <i>Divorcé (e)</i> <i>Séparé (e)</i> <i>Célibataire</i>

<i>Personnes référentes</i>	<i>Lien</i>	<i>Adresse</i>	<i>N° de Téléphone</i>
<i>Entourage</i>	<i>Lien</i>	<i>Adresse</i>	<i>téléphone</i>

	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>En Cours</i>
<i>TUTELLE</i>			
<i>CURATELLE</i>			
<i>SAUVEGARDE DE JUSTICE</i>			

	<i>Organisme de tutelle Ou lien</i>	<i>NOM</i>	<i>ADRESSE</i>	<i>TELEPHONE</i>
<i>Coordonnées Du tuteur/curateur /mandataire</i>				

<i>PROVENANCE DE LA DEMANDE</i>
<i>Personne elle-même : Famille : Etablissement : Autre :</i>
<i>NOM :.....</i>
<i>Lien :.....</i>
<i>Nom de l'établissement s'il y a lieu :.....</i>
<i>TELEPHONE :.....</i>
<i>Autres demandes en cours :.....</i>

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

<i>Sécurité Sociale :N°.....</i>	<i>Caisse :.....</i> <i>Adresse :.....</i> <i>.....</i>
<i>100% oui-non</i>	<i>ALD : oui-non</i>
<i>Mutuelle : N°.....</i>	<i>Organisme :.....</i> <i>Adresse :.....</i> <i>.....</i>
<i>N° Allocataire :.....</i>	<i>Caisse :.....</i> <i>Adresse :.....</i> <i>.....</i>
<i>Pièces à joindre</i>	<i>APA(Aide Personne Agée)</i>
<i>-Photocopie Livret de Famille</i> <i>-Attestation Sécurité Sociale et Carte Vitale</i> <i>et Mutuelle</i> <i>-Attestation d'assurance Responsabilité</i> <i>Civile</i>	<i>Notification du Conseil Général si déjà</i> <i>demandée.</i>

RESSOURCES

	<i>Montant de la Pension</i>	<i>Organisme verseur Adresse et Téléphone</i>	<i>Mensuelle trimestrielle annuel</i>
<i>Pension Principale</i>			
<i>Pension Complémentaire</i>			
<i>Autre</i>			
<i>APA</i>			
<i>Allocation Logement</i>			

CIRCONSTANCES DE LA DEMANDE :

Quel est le motif de la demande ? (perte d'autonomie, problème familial,....).....

La personne est-elle au courant de cette demande ?

L'accepte-t-elle ?

Où vit-elle ?

<i>Habituellement</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	
<i>Chez elle</i>			
<i>Dans la famille</i>			<i>Laquelle ?</i>
<i>En maison de retraite</i>			<i>Laquelle ?</i>
<i>En long séjour</i>			<i>Lequel ?</i>
<i>En famille d'accueil</i>			
<i>Autre</i>			<i>Précisez :</i>

Avec quelle aide ? (Infirmières, kiné, aide médicale...)

<i>Actuellement (si différent du lieu habituel)</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	
<i>Dans la famille</i>			<i>Laquelle ?</i>
<i>En hôpital, clinique ?</i>			<i>Lequel ?</i>
<i>En moyen séjour, maison de repos ?</i>			<i>Lequel ?</i>
<i>Dans une autre maison de retraite ?</i>			<i>Laquelle ?</i>
<i>Autre ?</i>			

Si n'est pas actuellement hospitalisé, Y a-t-il eu une hospitalisation récente ?.....

Où ?.....

Pour quel motif ?.....

AUTONOMIE ACTUELLE

Cocher X la case correspondant à la réponse

		OUI	NON	OBSERVATIONS
La personne comprend-elle :	Quand on lui parle ?			
	Quand on lui demande d'exécuter quelque chose ?			
Reconnaît-elle l'entourage ?				
Oublie-t-elle ce qui vient de se passer ?				
Oublie-t-elle ce qu'on vient de lui dire ?				
Se repère-t-elle dans son lieu habituel ?				
Marche-t-elle :	seule ?			
	Avec canne			
	Avec déambulateur			
Est-ce qu'elle déambule (se promène sans but)				
Est-ce qu'elle fugue ?				
Utilise-t-elle un fauteuil roulant ?				Seule ou Avec Aide
Se lève-t-elle seule du lit, d'une chaise ?				
Est-ce qu'elle peut tenir debout ?				
Est-elle confinée au lit ?				
Présente-elle des escarres ?				
Est-elle incontinente ?				
Urinaire	Jour			
	Nuit			
Anale	Jour			
	Nuit			
A-t-elle une sonde urinaire ?				
A-t-elle une poche de colostomie ?				
Mange-t-elle seule ?				
Faut-il lui préparer les aliments ?				
A-t-elle un régime particulier ?				Lequel :
Mange-t-elle des aliments :	Normaux ?			
	Hachés ?			
	Mixés ?			
A-t-elle des prothèses dentaires ?				
A-t-elle des difficultés à déglutir :	les solides ?			
	les liquides ?			
A-t-elle une sonde de nutrition ?				
A-t-elle besoin d'aide pour la toilette :				
Surveillance ?				
Stimulation ?				
Aide en partie ?				
Aide totale ?				

A-t-elle besoin d'aide pour l'habillage : En partie ? Totalelement ? Simple préparation des vêtements ?				
A-t-elle des difficultés de langage ?				
A-t-elle des problèmes de vue ?				Lesquels :
A-t-elle des problèmes d'audition ?				
	est-elle appareillée			
Sort-elle à l'extérieur ?				
Est-elle capable de faire	la cuisine ?			
	le ménage ?			
	les courses ?			
Commentaires :				

Je soussigné..... certifie exact les renseignements ci-dessus.

Le,.....

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL
(A faire remplir par le Médecin traitant)

NOM et adresse du médecin traitant :.....

Téléphone :.....

NOM :.....Prénom :.....

Age :..... Poids :..... Perte de poids récente ?.....

PATHOLOGIE PRINCIPALE :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

ETAT ACTUEL :

<i>Cardio-vasculaire</i>	
<i>Pulmonaire</i>	
<i>Appareil Digestif</i>	
<i>Appareil Locomoteur</i>	
<i>Etat Neurologique</i>	
<i>Etat Psychologique</i>	
<i>Reins et Appareil Urinaire</i>	
<i>Appareil Sensoriel (yeux, ORL, peau)</i>	
<i>Endocrinologie Métabolisme</i>	
<i>Maladie du Sang</i>	

TRAITEMENT ACTUEL***MEDICAMENTS :******AUTRES (soins, pansements, kiné,.....) :*****Date :****Signature et Cachet**