



DEMANDE D'ADMISSION

A retourner à :

EHPAD Château de la Bourgade

Route de Sallèles

11590 CUXAC D'AUDE

Tel :04.68.33.84.44-Fax :04.68.33.95.07

LE RESIDENT ET SON ENTOURAGE :

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

Personnes référentes	Lien	Adresse	N°de Téléphone
Entourage	Lien	Adresse	téléphone

	OUI	NON	En Cours
TUTELLE			
CURATELLE			
SAUVEGARDE DE JUSTICE			

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

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

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 ?

Ou vit-elle ?

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

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 ?.....

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 et Mutuelle</i> <i>-Attestation d'assurance Responsabilité Civile</i>	<i>Notification du Conseil Général si déjà 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>			

JOINDRE JUSTIFICATIFS.

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

Le,.....

Signature

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 ?			
en partie ?	Aide		
totale ?	Aide		
A-t-elle besoin d'aide pour l'habillage : En partie ?			
Totalement ?			
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 :

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

TRAITEMENT ACTUEL

MEDICAMENTS :

AUTRES (soins, pansements, kiné,.....) :

Date :

Signature et Cachet