



**INTERVENANT A DOMICILE**

Professionnel intervenant actuellement au domicile :		Type d'aide	Fréquence ou nombre d'heures par semaine
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>		
Portage de Repas	<input type="checkbox"/>		
Aide ménagère	<input type="checkbox"/>		
Autres : ..... .....	<input type="checkbox"/>		

**HABITAT**

Logement adapté :  Oui  Non  
 Propriétaire  Locataire

**MEDECIN TRAITANT**

Nom, adresse, téléphone du <b>médecin traitant</b>	
<b>Si vous êtes actuellement hospitalisé(e),</b> Lieu d'hospitalisation, service et nom du médecin :	

**Centre Hospitalier ou Clinique sur lequel la personne doit être dirigée en cas d'urgence ou d'hospitalisation ?**

.....

**COUVERTURE SOCIALE**

<b>Caisse d'assurance maladie :</b> Adresse : .....	<b>N° d'immatriculation :</b> .....
<b>Caisse d'assurance maladie complémentaire :</b> Adresse : .....	<b>N° d'adhérent :</b> .....

**Prise en charge Sécurité Sociale :**  80%  100%  **Affection de Longue Durée:**.....  
 Date de la dernière demande : .....

**CMU :**  Oui  Non

**Aides financières déjà en place :**  Oui  Non

Si OUI, précisez lesquelles :  **ADPA\* : n°** ..... **GIR** .....  
 **APL \*ou allocation logement : n°** .....  
 **Aide sociale : n°** .....  
 **Pension d'invalidité**  
 **ACTP\*\* ou PCH\*\*\*\***

Si NON, lesquelles voulez-vous solliciter ?  ADPA  
 APL ou allocation logement  
 Aide sociale

**Adresse de la facturation des frais de séjour :** Le Résident Autres (précisez le nom et les coordonnées) :

.....

.....

\*ADPA (allocation départementale personnalisée d'autonomie)

\*\*ACTP (allocation compensatrice tierce personne)

\*\*\*PCH (prestation de compensation du handicap)

**PROTECTION JURIDIQUE**

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ? et si oui, laquelle ? <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Oui, indiquez le nom, adresse et téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens (joindre la photocopie du jugement de tutelle ou curatelle) :	
Si Non, une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**PERSONNE REFERENTE OU DE CONFIANCE**

Nom et Prénom	Lien avec la personne	Adresse, téléphone domicile et téléphone travail	Ordre de priorité d'appel

**CORRESPONDANTS**Inscrire le correspondant principal dans la 1<sup>ère</sup> case.

Nom et Prénom	Lien avec la personne	Adresse, téléphone domicile et téléphone travail	Ordre de priorité d'appel

*(si plus de 3 correspondants, préciser sur papier libre)*

## VIE QUOTIDIENNE

### I – HABILLAGE

Fait-il ou elle seul(e) le choix de ses vêtements ?  Oui  Non

Achète-t-il ou elle seul(e) ses vêtements ?  Oui  Non

Porte-il ou elle des bas de contention ?  Oui  Non

A t-il ou elle besoin d'aide pour mettre les bas à varices ?  Oui  Non

### II – SOINS ESTHETIQUES

Maquillage	Tous les jours	Occasionnellement	Jamais
Coiffeuse	15 jours	1 mois	2 mois
Pédicure	1 mois	2mois	Jamais

Autres : .....

### III – PROTHESES

Type de prothèse	OUI	NON	Gestion de la prothèse	
			Seul	Avec de l'aide
Dentier				
Appareil Auditif				
Lunette				

### IV – LOCOMOTION

Autonome	A besoin d'aide	Mobilité réduite
----------	-----------------	------------------

Peut-il ou elle se déplacer seul (e) à l'intérieur de la structure ?  Oui  Non

Peut-il ou elle se déplacer seul (e) en dehors de la structure ?  Oui  Non

Quelle distance peut-il ou elle parcourir ? .....

canne

déambulateur

fauteuil roulant :

le fait rouler seul

doit être poussé

**V - CONTINENCE**

Est-il ou elle autonome pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite ?  Oui  Non

Si non, aide pour :

Transferts  Oui  Non

Déshabillage  Oui  Non

Rhabillage  Oui  Non

**Est-il ou elle incontinent(e) ?**  Oui  Non

Incontinence nocturne	Incontinence diurne	Incontinence d'effort
-----------------------	---------------------	-----------------------

**A-t-il ou elle besoin de protection ?**  Oui  Non

Serviette périodique	Change anatomique	Change complet
----------------------	-------------------	----------------

**VI – REPAS**

Mange seul	Aide à couper ou peler	Dépendant
------------	------------------------	-----------

**A-t-il ou elle un régime ?**  Oui  Non

Si oui précisez : .....

(le régime ne sera appliqué que sur prescription médicale)

Qu'est-ce qu'il ou elle aime manger ?.....  
 .....  
 .....

Qu'est ce qu'il ou elle n'aime pas manger ?.....  
 .....  
 .....

## HISTOIRE DE VIE

Histoire de vie (voyages, déménagements, habitudes, etc...)

.....  
.....

Ancienne profession du futur résident :

.....

Animaux de compagnie :

.....

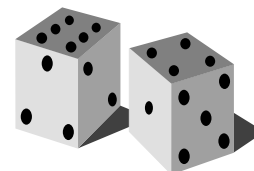
## LE DEMANDEUR ET SON ENTOURAGE

Nombre d'enfants : ..... Petits enfants : .....

Entretenez-vous des relations avec tous vos enfants ?

.....  
.....

## VII – LOISIRS ET ANIMATION



Ce qu'il ou elle aime :

Jeux de mémoires (Scrabble,...)  Oui  Non

Jeux de société  Oui  Non

Atelier de crochet et tricot  Oui  Non

Animation autour d'un jardin  Oui  Non

Gymnastique d'entretien  Oui  Non

Lecture  Oui  Non

Ateliers manuels  Oui  Non

Jeux de cartes  Oui  Non

Cinéma  Oui  Non

Promenade  Oui  Non

Voyages et excursions  Oui  Non

Autres : .....

.....

Date :

Signature :

**POUR INFORMATION, DOCUMENTS A FOURNIR AU MOMENT DE L'ENTREE :**

**CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADMISSION**

Pièces justificatives suivantes à fournir impérativement au moment de l'entrée effective en établissement (liste à vérifier suivant l'établissement concerné) :

Attestations diverses :

- Copie du livret de famille ou carte d'identité pour les célibataires.
- Attestation et carte VITALE + Attestation 100% ou A.L.D.
- Attestation de votre Mutuelle avec Nom, adresse et N° adhérent.
- Attestation de Responsabilité Civile (non nécessaire dans certains établissements à vérifier au moment de l'entrée dans la structure).

Justificatifs de ressources :

- Copies des Relevés ANNUELS de pensions :
  - Retraites principales,
  - Retraites complémentaires,
  - Autres.
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition.
- Dernière déclaration de ressources

Autres documents :

- Un Relevé d'identité Bancaire.
- Engagement à payer : à voir selon établissement

Si vous bénéficiez :

- D'une Allocation logement : ALS, ALF ou APL :
  - Fournir la notification de la Caisse d'Allocations Familiales.
- Notifications d'attribution APA ou ACTP :
  - Fournir la notification d'attribution du Conseil Général ou de la COTOREP.
- Autres justificatifs de revenus : pensions invalidité, AAH, etc :
  - Fournir la notification d'attribution de votre caisse d'assurance maladie ou de la Caisse d'Allocations Familiales.
- D'une mesure officielle de protection des biens (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle) :
  - Fournir le justificatif juridique.

Photo d'identité