☐ Défibrillateur ☐ Pace- maker

DOSSIER D'ENTREE

RESIDENCE AUTONOMIE LOUIS JOUANNIN

16 rue foyer- logements

18510 MENETOU-SALON

☐HEBERGEMENT DEFINITIF : Date d'entrée : …….

☐HEBERGEMENT TEMPORAIRE : Date d'entrée : ……
Date de départ prévue : ……..

Tarif : T1 ❍ T2 ❍ / Meublé ❍ Non Meublé ❍ / 1 repas ❍2 repas ❍ 3 repas ❍

M. et / ou Mme : …….....
……

Adresse …….
……
……

Tél : …….....

Date de dépôt de la demande : ……..

Date d'entrée souhaitée : ……...

Demande d'inscription présentée par : ……

En qualité de : ……..

Personne(s) à joindre pour le suivi du dossier : ……
……

Adresse : ……
……

Tél : …….....

Mail (pour informations résidence) : ……

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile ☐

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) ☐, le cas échéant, indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement ☐ Provenance : …….

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI ☐ NON ☐
Si oui, dans quel service et établissement :……...

1. ETAT CIVIL

Demandeur

Nom : ……..
Prénoms : ……
Nom de jeune fille : ……
Date et lieu de naissance : ……..
Dernière Profession : ……..
Date de retraite : …….
Nationalité : ……

Situation familiale :

Célibataire	□
Marié(e) ou remarié(e)	□ depuis le :
Veuf (ve)	□ depuis le :
Divorcé (e)	□ depuis le :

Conditions de vie actuelle :
□autre □Seule □avec conjoint □chez ses enfants

Vient d'un autre établissement :
□ Domicile □ Famille □Etablissement de soins

2. RESSOURCES

A. Retraites et complémentaires

Noms	Montants (préciser si mens/ trim/ annuel)
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
	TOTAL = …….....

B. Autres ressources (préciser rente/ pension/ allocation)

……
……
……
……**TOTAL =** ……..

3. DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE

ASSURANCE MALADIE

A. Sécurité Sociale

Nom de la caisse : …….
……
Adresse : ……
……..
……
N° S.S demandeur : ……..

Prise en charge à 100 % demandeur □oui □non
Conjoint □oui □non

B. Mutuelle

Nom et adresse : ……
……
……
……
Tél : ……...
N°d'adhérent : ……..
Prise en charge :
Maladie □ chirurgie □ prothèses □ hospitalisation □ pharmacie □

Forfait journalier □ Autres □ Préciser :
……
……

DISPOSITIONS PERSONNELLES

Personne à prévenir en cas de :

❖ Maladie/ d'accident ou décès

Nom et Prénom	Tél	Lien de parenté
1 - ……	……	……
2 - ……	……	……
3 - ……	……	……

*Vous informer entre 20h et 8h	☐ oui	☐ non
Don du corps à la médecine	☐ oui	☐ non
Directives anticipées	☐ oui	☐ non

4. **PRISE EN CHARGE**

La personne est-elle sous mesure de protection ? □ oui □ non
Si oui, est-elle sous : □ tutelle □ curatelle
Gestion des ressources par la famille ? □ oui □ non
Nom et adresse : ……..
……..……
……..……..……

Aides :

APA : oui ❍ / non ❍ / en cours ❍ / à demander ❍ > fait le ……
APL : oui ❍ / non ❍ / en cours ❍ / à demander ❍ > fait le ……
Aide sociale aux repas :
oui ❍ / non ❍ / en cours ❍ / à demander ❍ > fait le ……
Aide sociale à l'hébergement :
oui ❍ / non ❍ / en cours ❍ / à demander ❍ > fait le ……

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Médecin traitant :
Nom : ……
Adresse : ……
……..……
Tél : ……...

Médecin(s) spécialiste(s) :

Nom	Spécialité	Adresse	Tél
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……

IDE Libérale :

Nom	Spécialité	Adresse	Tél
……	……	……	……
……	……	……	……

Pédicure / Podologue :

Nom	Spécialité	Adresse	Tél
……	……	……	……
……	……	……	……

Kinésithérapeute :

Nom	Spécialité	Adresse	Tél
……	……	……	……
……	……	……	……

Service à la personne intervenant :
□ Auxiliaire de vie □ Tierce personne □Etablissement de soins
Nom : ……
Adresse : …….....
……...……
Tél : ……..

Equipements :
Aide technique à la marche :
Néant ❍ / Canne ❍ / Déambulateur ❍ Type …… /
Fauteuil roulant ❍ *manuel* ❍ *électrique* ❍

Lit médicalisé
Oui ❍ / Non ❍

Matelas anti-escarres
Oui ❍ / Non ❍

Orthèse : Oui ❍ / Non ❍

Lunettes ❍

Appareils auditifs : 1 ❍ / 2 ❍

Oxygénothérapie : Oui ❍ en continu ❍ - la nuit ❍ - si besoin ❍ / Non ❍

Autre :
……

Régime : Sans sel ❍ / Sans sel strict ❍ / Diabétique ❍ / Autre :……

Je déclare sur l'honneur ces renseignements exacts
A……
Le……
SIGNATURE