

Dossier d'Entrée

RESIDENCE AUTONOMIE LOUIS JOUANNIN

16 Rue du foyer logements - 18510 - Menetou-Salon / 02.48.64.80.98

- ☐ HEBERGEMENT PERMANENT / Date d'entrée
- ☐ HEBERGEMENT TEMPORAIRE / Date d'entrée

Date de départ prévue

Prestations : T1 ☐ T2 ☐ / Meublé ☐ Non meublé ☐ / Entretien du logement ☐

Blanchisserie ☐ / Petit Déjeuner ☐ Déjeuner ☐ Dîner ☐

M. ou Mme

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone :

Date de dépôt de la demande

Date d'entrée souhaitée

Demande d'inscription déposée par en qualité de

Personne à joindre pour le suivi du dossier

Adresse

Code Postal Ville

Tel Mail@.....

Contexte de la demande

- ☐ Maintien à domicile difficile
- ☐ Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, Psychiatrie), date de sortie :
- ☐ Changement d'établissement, provenance :
- ☐ La personne est-elle actuellement hospitalisée : oui ☐ non ☐
si oui : service et établissement :

Etat civil

Nom usuel :

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance : le à

Dernière profession :

Date de la retraite :

Nationalité :

Situation familiale :

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié ou remarié.e le :
- ☐ Veuf.ve depuis le :
- ☐ Divorcé.e depuis le :

Condition de vie actuelle :

- ☐ seule
- ☐ avec conjoint
- ☐ avec / chez enfant
- ☐ autre :

Protection juridique

Mesure judiciaire

- ☐ sans
- ☐ habilitation familiale
- ☐ tutelle
- ☐ curatelle

Organisme ou nom du mandataire :

Adresse :

Gestion par un tiers

- ☐ non
- ☐ oui, gestion par : Lien :

Ressources

Retraites et complémentaires

Noms de l'organisme	Montants (préciser si mensuel / trimestriel / annuel)
TOTAL	= €

Autres ressources (préciser rente / pension / allocation / autre revenu, etc.)

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

TOTAL = €

/

Remboursements des frais médicaux

Sécurité sociale

Nom de la caisse :

Adresse :

N° Sécurité Sociale du demandeur :

Prise en charge à 100% ALD : oui ☐ non ☐ , Motif :

Mutuelle

Nom de la mutuelle :

Adresse :

Tel : Numéro d'adhérent :

Personnes à contacter

Référent 1 (c'est la personne que l'on appelle en premier et qui prévient les autres membres de la famille, proches, etc.)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville

Numéro de téléphone : ou

☐ Prévenir la nuit (entre 20h et 8h)

Référent 2

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville

Numéro de téléphone : ou

☐ Prévenir la nuit (entre 20h et 8h)

Référent 3

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville

Numéro de téléphone : ou

☐ Prévenir la nuit (entre 20h et 8h)

Aides sociales et à la personne

Merci de cocher les cases correspondantes

Nom de l'aide	Bénéficiaire	Non bénéficiaire	Demande en cours	Demande à effectuer	Demande faite le :
APA					
APL					
Aide sociale aux repas					
Aide sociale à l'hébergement					

Médecin traitant

Nom et Prénom Téléphone

Adresse :

Code postal Ville

Médecins spécialistes

-
-
-
-
-

Cabinet d'infirmier.es à domicile

Cabinet Téléphone

Adresse :

Code postal Ville

Passages (merci de préciser dans le tableau, le motif des passages en fonction des horaires en journée ou du jour de la semaine)

Matin	Midi	Après-Midi	Soir

Service d'aide et d'accompagnement à domicile ou CESU

Nom Téléphone

Adresse :

Code postal Ville

Passages (merci de préciser dans le tableau, le motif des passages en fonction des horaires en journée ou du jour de la semaine)

Matin	Midi	Après-Midi	Soir

Kinésithérapeute

Nom et prénom : Type de prise en charge

Podologue / Pédicure

Nom et prénom : Type de prise en charge

Informations complémentaires du dossier médical

Poids : kg

Taille : cm

Date : / /

Groupe sanguin :

Maladies connues :

.....

Directives anticipées : oui ☐ non ☐

Dans la section Commentaires des tableaux suivants, veuillez préciser la réponse OUI.

Données générales	oui	non	Commentaire
Allergie.s connue.s			
Douleurs chroniques			
Troubles de l’humeur et du comportement			
Anomalies des pieds			
Trouble de la sensibilité aux jambes ou risque de chute			
Pace - Maker			
Défibrillateur implanté			
Fumeur			
Alcool			
Texture alimentaire (haché/mixé)			
Diabète			
Régime sans sel			

Difficultés	oui	non	Commentaire et appareillage
Trouble de l'audition			
Malvoyance			
Dentier / Appareil partiel			

Prise en charge de la dépendance	oui	non	Commentaire
Aide à la préparation des médicaments			
Aide à la prise du traitement			

Appareillage	oui	non	Commentaire
Aide aux déplacements			
Lit médicalisé			
Orthèse			
Oxygénothérapie / VNI			

Dossier Viatrajectoire

Dossier ViaTrajectoire existant : oui ☐ non ☐ Numéro de dossier :

Etablissements sélectionnés (type EHPAD) et Villes :

-
-
-

Je déclare sur l'honneur que ces renseignements sont exacts

Date :

Signature :