

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> En EHPAD | <input type="checkbox"/> Portage de repas | <input type="checkbox"/> A la Résidence Seniors |
| <input type="checkbox"/> En Unité Protégée : | <input type="checkbox"/> Maintien à domicile | (non médicalisée pour GIR5-6) |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à étudier | <input type="checkbox"/> Dame de compagnie à l'EHPAD | |

DOSSIER D'INSCRIPTION pour une entrée souhaitée le/...../.....

Identité : Sexe : Homme Femme

Nom de naissance : Nom utilisé :

1er Prénoms :

Date de naissance :/...../..... à(Dépt. :) Age :

Provenance : Domicile Hôpital famille Famille d'accueil Institution

Dernier lieu de résidence : Rue :

Code Postal : Ville :

Si hospitalisation en cours : Lieu : Depuis le :/...../.....

Motif d'entrée : Choix du résident limite du soutien à domicile aggravation de l'état de santé

retour à domicile impossible après hospitalisation épuisement des aidants chutes

Situation : Célibataire Vie maritale Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) depuis/...../.....

Si le conjoint est vivant, réside-t-il à proximité ? Non Oui, ville :

Profession antérieure :

Profession antérieure du conjoint :

Majeur protégé : Non Oui, joindre photocopie notification tribunal : sauvegarde curatelle tutelle

Médecin traitant actuel : Tél. :

Adresse : Code Postal : Ville :

Etablissement médical sur lequel vous désirez être dirigé(e) si nécessité d'hospitalisation :

N° de Sécurité Sociale : L LL LL LL LLL LLL LL

N° et adresse du centre de sécurité sociale.....

.....

Attestation établie le/...../..... Droits jusqu'au...../...../..... ; 100 % jusqu'au...../...../.....

Bénéficiez-vous de l'APA ? Non Oui, de quel département :

Nombre d'enfants :

Information que vous jugez utile de communiquer pour une meilleure qualité d'accueil du résident :

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

Informations concernant le futur résident :

Situation actuelle et motif de la demande :

.....

.....

Les difficultés rencontrées par la personne :

.....

.....

SUITE DU DOSSIER D'INSCRIPTION DE.....

Médical → dossier → informations complémentaires → Dépendance : aides matérielles : Votre proche est-il :

- Malentendant : Appareil auditif non oui gauche droite
- Malvoyant : Appareil visuel (lunette) non oui
- A un dentier : non oui haut bas

Nombreux sont les résidents qui ont des troubles cognitifs et qui jettent leur appareil auditifs, lunettes, dentiers. La résidence décline toute responsabilité en cas de disparition. Le marquage des lunettes est vivement conseillé.

- A une mobilité réduite : canne béquilles déambulateur fauteuil roulant
- Les transferts : seul besoin d'aide besoin de 2 aidants
- barrières au lit : non 1 2 (prescription nécessaire)
- Potence : non oui
- Matelas à air : non oui

Médical → dossier → informations complémentaires → Dépendance : prise en charge :

Est ce que votre proche a besoin :

- D'une aide alimentaire : non oui mange en mixé trouble de la déglutition
- D'une aide pour la toilette : non oui stimulation oui aide totale
- D'une aide pour l'habillage : non oui stimulation oui aide totale
- D'une aide pour aller au toilette : non oui le jour oui la nuit
- a des pull ups le jour a des pull ups la nuit (pull ups non fourni par la résidence)
- a des protections le jour a des protections la nuit (protections comprises dans le forfait dépendance)

Prestations supplémentaires: Coiffeuse, Pédicure, Esthéticienne, Boutique.....

Boutique :

Merci de nous indiquer s'il est possible de fournir les produits nécessaires à la toilette dans notre boutique, lorsque le résident n'en a plus :

- non
 oui
 oui mais je veux être informé

Exemple des principaux tarifs susceptibles de modification : savon : 1,40€, dentifrice: 2,80€, shampoing : 3,90€, gel douche : 4,90€, rasoir : 1,10€...)

Pour apprécier les prix pratiqués, veuillez les consulter dans la vitrine du Hall.

Téléphone dans la chambre (18,69€/mois) : oui non

Location d'une télévision (150€TTC): oui non

Merci de nous indiquer la fréquence de visite par une croix dans la case correspondant.

Coiffeuse : Corinne et Cassandra viennent les jeudis après-midi, tous les 14 jours

Pédicure avec Pascale HUAS : prendre rendez-vous auprès des AS COO uniquement (mail : soignantcoo2desmontsdumatin@gmail.com)

Esthéticienne : Sabrina vient les jeudis après-midi, tous les 14 jours, prendre rendez-vous auprès de la psychologue (mail psychologuedesmontsdumatin@gmail.com)

	Coiffeuse	Pédicure	Esthéticienne
A la demande du résident			
Tous les 15 jours			
1 fois/mois			
1 fois par trimestre			
La famille préfère prendre rendez-vous			
N'est pas intéressé			

Date :

Nom du signataire :

Signature :

référent administratif

autre : à préciser

-----Réservé au personnel de l'EHPAD-----

- Informations saisies dans Net soins par :IDE , le.....
- Logement attribué au regard des besoins médicaux :

Demande de prescriptions médicales :	noté dans le cahier de docteur CARAT le :	par :	Installées le :	Par :
Barrières				
Fauteuil roulant				
Kiné				
Autre :				
Autre :				

Commentaires :