

## Dossier d'admission

**Demande reçue le :** ...../...../.....      **Par qui :** .....  
**Durée du séjour :** .....      **Date entrée :** ...../...../.....      **de sortie :** ...../...../.....

Nom : .....      Nom de jeune fille : .....

Prénoms : .....      Nationalité : .....

Date de naissance : ...../...../.....      Lieu de naissance : .....

Situation de Famille :

- Célibataire                       Marié(e) depuis le : ...../...../.....                       vie maritale  
 Veuf (ve) depuis le : ...../...../.....       Divorcé(e) depuis le : ...../...../.....                       Séparé(e)

Nom du conjoint : .....

- Nombre d'enfants : ..... dont ..... vivants et ..... décédés
- Nombre de petits enfants
- Nombre d'arrières petits enfants

Domicile : .....

Téléphone : .....                      Portable : .....

Dernière profession exercée : .....

Nom	Prénom	Lien de parenté	adresse	téléphone


Mesure de protection :

- oui                       non                       en cours  
 Sauvegarde de justice     mandat de protection futur     curatelle             tutelle

Organisme : .....

Nom du référent : .....

Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie : .....

Le bénéficiaire est-il l'assuré ?             oui                       non

Nom et prénom de l'assuré : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom et adresse de la caisse : .....

.....

Nom et adresse de la mutuelle : .....

.....

Ressources

Caisse de retraite principale : .....

.....

Caisse de retraite complémentaire :

.....

.....

.....

.....

Dossiers d'aides financières déposés :

APA :     oui     en cours     non                      CRAM :     oui     en cours     non

Autres : .....

.....

Personne de confiance désignée par le résident:

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Portable : .....

Lien avec le résident : .....

Personne à contacter

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Lien avec le résident : .....

**ENVIRONNEMENT DU RESIDENT**

Domicile

Type de logement :    maison                                    appartement                                    autre

Accessibilité : .....

Le résident est :        propriétaire                                    locataire                                    hébergé

Intervenants médicaux et paramédicaux

Médecin : .....

Spécialiste : .....

SSIAD : .....

Infirmier(e) : .....

Kinésithérapeute : .....

Pharmacie : .....

Aide à domicile : .....

Portage de repas : .....

Autre : .....

Etat de santé :

Antécédents médicaux : .....

Intervention chirurgicale récente : .....

Prothèse orthopédique : .....

Pace maker :    oui                                    non

Appareillage auditif :    oreille droite                                    oreille gauche

Appareillage dentaire :    haut                                    bas

## PROJET DE VIE PERSONNALISE

Motif : .....

.....

.....

Objectifs du séjour : .....

.....

.....

Date d'entrée au Centre Intergénération : ...../...../.....

Durée du séjour : .....

## PRESTATIONS MISES EN ŒUVRE

### Mobilité

- aide au lever
- aide au coucher
- canne     déambulateur

### Aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne

- aide pour la prise des médicaments
- aide pour l'habillage du haut
- aide pour l'habillage du bas
- aide à la toilette du haut
- aide à la toilette du bas
- aide à la douche

### Aide aux repas

- |                              |        |                                     |
|------------------------------|--------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | Régime | <input type="checkbox"/> normal     |
| <input type="checkbox"/> non |        | <input type="checkbox"/> sans sel   |
|                              |        | <input type="checkbox"/> sans sucre |
|                              |        | <input type="checkbox"/> mouliné    |

Y-a-t-il un(des) aliment(s) interdit(s) ou que vous supportez mal ? : .....

.....

.....

Interventions des auxiliaires médicaux :

- médecin
- infirmier(e)
- SSIAD
- Kinésithérapeute
- autre

Projet en fin d'hébergement pour un séjour temporaire

- retour au domicile sans aide
- retour au domicile avec aide
- hébergement dans la famille
- entrée en foyer-logement
- entrée en maison de retraite

EN CAS D'APPEL au 15 pendant la nuit, je souhaite que mes proches soient avertis :

Immédiatement,  le lendemain

EN CAS DE DECES

Médecin à prévenir en premier : .....

Pompes funèbres choisies : .....

Je soussigné(e).....

Domicilié(e).....

Effectuera un séjour temporaire :

Du : ...../...../..... Au : ...../...../.....

Évalué(e) en GIR : ....., je bénéficierai de l'accompagnement prévu dans ce document et le prix de mon hébergement sera calculé en conséquence.

Si besoin mon autonomie pourra être réévaluée en cours de séjour.

Si mon séjour est temporaire, il pourra éventuellement être prolongé ou transformé en séjour permanent si je le souhaite, et en fonction des places disponibles à l'issue du séjour réservé.

Pour assurer la continuité de mes soins et m'assurer la prise en charge la plus adaptée, ces informations pourront être partagées par les membres de l'équipe d'accompagnement et confiées aux partenaires médicaux et paramédicaux en cas de besoin.

Belleville-sur-Loire, le