

DOCUMENTS A FOURNIR LORS DE VOTRE ADMISSION

- Photocopie de la carte d'identité (recto-verso) et du livret de famille
- Attestation de la carte vitale de la caisse sécurité sociale
- Carte mutuelle et carte vitale
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Carte d'allocataire à la caisse d'allocation familiales ou de la MSA (si vous bénéficiez de l'allocation logement ou de l'aide personnalisée au logement)
- Relevés des caisses de retraite
- Adresse et numéro de téléphone de vos enfants ou des personnes à contacter
- Relevé d'identité bancaire
- Carnet de vaccination

Une caution de 1000 € est demandée à l'entrée du résident(e)

TARIFS - 2022

Résidents +de 60 ans

Hébergement	54.31 €
Réservation	34.31 €

Dépendance

▶ GIR 1/2	21.37 €
▶ GIR 3/4	13.56 €
▶ GIR 5/6	5.75 €

Aides possibles : APA, Allocation Logement

Accueil de jour

Hébergement	21.72 €
-------------	---------

Dépendance

▶ GIR 1/2	17.10 €
▶ GIR 3/4	10.85 €
▶ GIR 5/6	4.60 €

Repas invités

En semaine (café compris)	11.00 €
Le dimanche et jours fériés (café compris)	13.00 €
La bouteille de vin 75cl	5.00 €

TROUSSEAU A FOURNIR à L'ENTREE

- 1 trousse de toilette
- 1 blouson ou manteau
- 12 slips (coton)
- 10 petites chemises (coton) ou maillots de corps
- 10 robes ou jupes ou pantalons
- 12 bas ou collants ou chaussettes en coton
- 8 chemises de nuit ou pyjamas
- 5 pulls ou gilet
- Chaussons fermés à la bonne pointure
- Pas de chaussures non fermées avec talons (**pas de mules**)
- 15 gants de toilette
- 15 serviettes
- 6 grandes serviettes de table
- **Produits d'hygiène** : Savon liquide surgras, shampooing neutre sans paraben, déodorant, mousse à raser, rasoirs, brosse à dents, dentifrice, stéradent etc...
- Une boîte à dents (si nécessaire)

LE LINGE DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT ETIQUETE.
MERCI (étiquettes cousues avec NOM – Prénom)

- 1 corbeille à linge avec couvercle.
- 1 petite poubelle en plastique pour la salle de bains
- 1 petit sac à laisser dans la chambre en cas d'hospitalisation
- 1 cuvette diam 33cm H.15 cm max.

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

NOM _____ NOM DE JEUNE FILLE _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Veuf (ve) marié(e) divorcé(e)

Adresse dernier domicile :

Nombre d'enfants : _____

PLACEMENT :

Volontaire Par la famille Par un tiers

N° de sécurité sociale : _____

Profession exercée avant la retraite : _____

Médecin traitant actuel : _____

CAISSE SECURITE SOCIALE :

Nom de la caisse _____

Adresse _____

MUTUELLE

Nom _____

Adresse _____

LINGE TRAITE PAR :

La famille

La blanchisserie

PERSONNES à PREVENIR

1. Mr ou Mme _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Portable _____

E-mail : _____ Parenté : _____

2. Mr ou Mme _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Portable _____

E-mail : _____ Parenté : _____

3. Mr ou Mme _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Portable _____

E-mail : _____ Parenté : _____

4. Mr ou Mme _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Portable _____

E-mail : _____ Parenté : _____

CAISSES DE RETRAITE

1. Nom _____

Adresse _____

2. Nom _____

Adresse _____

3. Nom _____

Adresse _____

4. Nom _____

Adresse _____

DERNIERES VOLONTES

Pompes Funèbres

Funérarium _____ N° _____

Téléphone _____

Contrat obsèques : Oui Non

Personne s'occupant des obsèques : _____

N° de téléphone _____

Personne à prévenir en cas de décès _____

N° de téléphone _____

Souhaitez-vous être appelé la nuit : Oui Non

FAIT LE

SIGNATURE

INTERVENANTS EXTERIEURS

MEDECINS

Madame COUVAL PATERNOTTE
Madame BALLAND Marie
Madame MICHEL Chloé
Monsieur CAPRON
Monsieur GRUNENWALD
Monsieur KOCH
Monsieur LEONARD

ARCHETTES
ARCHETTES
ARCHETTES
POUXEUX
ARCHES
ARCHES
DOCELLES

KINESITHERAPEUTES

Monsieur SAFFERS Bernard
Madame PRYGIEL Eyline

DOCELLES
POUXEUX

PEDICURES

Mademoiselle PIERREL Delphine
Mademoiselle LACOMBE Mathilde

EPINAL
ELOYES

COIFFEUSES

Madame POITVIN (tous les 15 jours)
Madame PAUTHIER (sur demande)

ELOYES
CHENIMENIL

Et autres selon votre choix

DOSSIER MEDICAL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) _____ Prénom _____
(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance _____

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement fin/retour d'hospitalisation
Maintien à domicile difficile Autres (préciser) _____

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux	PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS Oui NonALLERGIES Oui Non

Si oui, préciser

CONDUITE A RISQUE oui nonPORTAGE DE BACTERIE MULTI RESISTANTE Ne sait pas oui non

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser la date du dernier prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FONCTIONS SENSORIELLES oui nonREEDUCATION oui non

Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RISQUE DE FAUSSE ROUTE oui non

Autre (préciser)

Taille Poids

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

A B C

		A	B	C
Transfert				
Déplacements	à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	� l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F�cale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	Temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication pour alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

OUI	NON
-----	-----

Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations, pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

OUI	NON
-----	-----

Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES

OUI	NON
-----	-----

Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES

OUI	NON
-----	-----

Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER

Nom _____ Prénom _____

Date : _____

Cachet du médecin et signature

