

Fiche de Pré-Admission

DEMANDE DE PRE-ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES de la SARTHE

Faite le / /

En Maison de retraite

En Unité pour Personnes Agées Désorientés
(rayer la mention inutile)

Les renseignements ci après sont couverts par la confidentialité et ne sauraient en aucun cas être divulgués à quiconque sans le consentement des personnes concernées.

Les renseignements médicaux et d'autonomie doivent être contenus dans une enveloppe cachetée « confidentielle » établie à l'attention du Médecin coordinateur de l'établissement et jointe à la présente demande.

Fiche de pré-admission	
NOM :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le : À
Situation de Famille : Célibataire Marié(e) Séparé(e) Veuf(ve) (rayer les mentions inutiles)	Adresse : Tel :
Ancienne Profession :	Médecin Généraliste :
Caisse et N° de Sécurité Sociale :	Caisse et N° d'Assurance Complémentaire :
Conditions actuelles de logement : Domicile (Adresse ci-dessus) Hôpital ou Clinique : Foyer Logement ou Maison de Retraite : Autre :	
Personne référente à contacter :	
Personne Référente	
NOM de la personne:	Prénom :
Lien de parenté (ou représentant légal)	N° de téléphone :
Adresse :	

Document réalisé sous l'égide du C.O.D.E.R.P.A. 72 (2003)
<p>Le demandeur bénéficie-t-il de :</p> <p>- l'A.P.L ou l'Allocation Logement : Oui - Non</p> <p>Si oui, par quel organisme ? CAF - MSA N° d'Allocataire :</p> <p>- l'Aide Personnalisée à l'Autonomie : Oui - Non</p> <p> - A domicile</p> <p> - En établissement</p>

Informations complémentaires :		
	Compensation - Handicaps	
	Fauteuil roulant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Déambulateur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Canne	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Cannes anglaises	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Monte un escalier	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Prothèses dentaires	Haut <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/>
	Lunettes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Prothèses auditives	Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>
	Sonde urinaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Autres prothèses	
	Escarres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soins infirmiers spécifiques	

Questionnaire médical :		
	Médicaments	Dose / Jour
Antécédents médicaux et chirurgicaux par date de survenue Préciser si évolutifs		
Etat de santé actuel et principales pathologie évolutives	Comportement	
	Solitaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Collectif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Sociable	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Caractériel	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Agressif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Fugueur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Chuteur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Déprimé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Anxieux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Régime alimentaire particulier	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Lequel ? :	