



**NOM :** .....

**NOM DE JEUNE FILLE :** .....

**PRÉNOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**LIEU DE NAISSANCE :** .....

**NATIONALITÉ :** .....

Tel : **06 14 44 75 29**

[lamaisonastrolabe@gmail.com](mailto:lamaisonastrolabe@gmail.com)

Place d'Hautpoul  
81140 Cahuzac-sur-Vère

# DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION

Lieu souhaité :

- La Maison Astrolabe,**  
Chemin de Perayrols
- L'Oustal,**  
3 place de la poste

Vous êtes :

- Le colocataire
- La famille / l'aidant
- Le tuteur ou curateur
- Le médecin
- L'IDE Libérale
- L'assistante sociale
- Autre (préciser) : .....

Ce qui vous motive :

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

## INFORMATIONS IMPORTANTES

Vous sollicitez une demande de préadmission dans nos maisons de vie et d'accompagnement, ce dossier comprend :

- Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou son représentant légal
- Un volet médical complété, daté et signé par le médecin traitant, à mettre **sous pli confidentiel** pour l'équipe référente de La Maison Astrolabe afin d'évaluer les possibilités de soins et d'accompagnement.

**CE DOSSIER PERMET UNE INSCRIPTION SUR LISTE D'ATTENTE  
MAIS SON DÉPÔT NE PEUT ÊTRE ASSIMILÉ À UNE ADMISSION**

Nous vous remercions d'accompagner cette demande des photocopies des documents suivants :

- Attestation carte vitale,
- Mutuelle,
- Papiers d'identité,
- Le dernier avis d'imposition ou non-imposition
- Les justificatifs des pensions
- Les justificatifs d'allocations
- Comptes rendus d'hospitalisation et/ou comptes rendus de consultations, etc.  
(pli confidentiel destiné à l'équipe soignante)
- Dernière ordonnance du médecin traitant mentionnant le traitement en cours

Au moment de l'arrivée, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires vous seront demandées.

Pour tout renseignement complémentaire : habilitation à l'aide sociale, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie, il convient de contacter en amont les services compétents du Conseil Départemental

Date de la demande : \_\_\_\_\_

## COORDONNEES DU DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Vous êtes : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## PRÉSENTATION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

CPAM       MSA       AUTRE (préciser) :

Numéro de sécurité sociale (13 chiffres) : \_\_\_\_\_

ALD

Mutuelle (laquelle) : \_\_\_\_\_ N° Adhérent : \_\_\_\_\_

### Situation sociale :

Précarité       Isolement       Au domicile situation familiale complexe

### Mesure de protection juridique :

Sauvegarde de justice :	<input type="checkbox"/> OUI	Habilitation Familiale	<input type="checkbox"/> OUI
Curatelle :	<input type="checkbox"/> OUI		
Tutelle :	<input type="checkbox"/> OUI		
Demande en cours	<input type="checkbox"/> OUI		

Coordonnées du curateur/ tuteur : .....

## SITUATION FAMILIALE

Marié(e)  En couple  Divorcé(e)  Célibataire  Veuf (ve)

Enfant(s) : \_\_\_\_\_

## LIEU DE VIE OU DE SOINS À LA DATE DE LA DEMANDE

**Domicile :**

**Chez un proche :** \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Infirmier.e.s libéraux : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Service de soins infirmiers à domicile ☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Service d'aide à domicile ☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kinésithérapeute ; psychologue ; assistante sociale ; tuteur ; IDE ASALEE, etc.

Nom : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**En établissement :**

Centre hospitalier/ Clinique : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Médecin ou cadre référent / hospitalier : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Médecin ou cadre demandeur si ≠ du médecin ou cadre référent : . \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_



# DOSSIER MÉDICAL À METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

## PERSONNE CONCERNÉE

Civilité : Madame  Monsieur

Nom de famille (de naissance) : \_\_\_\_\_  
*Suivi s'il y a lieu par son nom d'usage*

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

## MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement  Fin/ retour d'hospitalisation

Domicile difficile  Autre  (préciser) \_\_\_\_\_

## COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

ANTÉCÉDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

## TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES

(Noms des médicaments, posologie, voie d'administration)

--

Allergies  OUI  NON SI OUI, préciser : \_\_\_\_\_

CONDUITE À RISQUE	OUI	NON
ALCOOL		
TABAC		
SEVRAGE		

TAILLE : \_\_\_\_\_

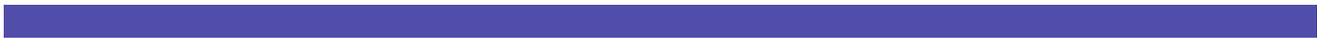
POIDS : \_\_\_\_\_

FONCTION SENSORIELLE : CÉCITÉ OUI NON SURDITÉ OUI NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE : OUI NON

RÉÉDUCATION : KINÉSITHÉRAPIE : OUI NON ORTHOPHONIE OUI NON

AUTRE : (préciser) \_\_\_\_\_



DONNÉES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
TRANSFERT				
DÉPLACEMENTS	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
TOILETTE	Haut			
	Bas			
ÉLIMINER	Urinaire			
	Fécale			
HABILLAGE	Haut			
	Moyen			
	Bas			
ALIMENTATION	Se servir			
	Manger			
ORIENTATION	Temps			
	Espace			
COMMUNICATION POUR ALERTER				
COHÉRENCE				

SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitations, agressivités (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Troubles du sommeil		
Comportements moteurs aberrants (Déambulations pathologiques, gestes incessants, risques de sorties non accompagnés)		

# DOSSIER MÉDICAL À METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON	APPAREILLAGES	OUI	NON	PANSEMENTS ET SOINS CUTANÉS	OUI	NON
Oxygénothérapie			Fauteuil roulant			Soins d'ulcères		
Sonde d'alimentation			Lit médicalisé					
Sonde trachéotomie			Matelas anti-escarres			Soins d'escarres		
Sonde urinaire			Déambulateur					
Gastrostomie			Orthèse			Localisation		
Colostomie			Prothèse			Stade		
Urétérostomie			Pacemaker			Durée de soin		
Chambre implantable			Autre (préciser)			Type de pansement		
Dialyse péritonéale								
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)								

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES** (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS...)

MÉDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER ( Si différent du médecin traitant)

Nom : \_\_\_\_\_ . Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SIGNATURE + CACHET DU MÉDECIN