



NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ :

Tel : **06 14 44 75 29**

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