



**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)

2 rue Charles ABADIE,  
81140 Cahuzac-sur-Vère

# DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION

Lieu souhaité :

- La Maison Astrolabe,**  
2 rue Charles ABADIE
- 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: attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie, APA, PCH, 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 : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Assistante sociale : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

**Personne à contacter pour la réponse à la demande d'admission**

Nom : \_\_\_\_\_

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

☎ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

## DIRECTIVES ANTICIPÉES - PROJET DE SOINS ANTICIPÉS

Existe-t-il une personne de confiance ?  OUI  NON

Si oui : Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté (ou autre) avec la personne : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Existe-t-il des directives anticipées ?  OUI, Où : \_\_\_\_\_  
 NON

Ce que vous ou la personne évoque de ses choix de vie : \_\_\_\_\_

---

La demande est-elle faite dans le cadre d'un rapprochement familial ?

OUI  NON

Lieu de résidence des proches si différent de la personne :

---



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

| APPAREILLAGES         | OUI | NON |
|-----------------------|-----|-----|
| Fauteuil roulant      |     |     |
| Lit médicalisé        |     |     |
| Matelas anti-escarres |     |     |
| Déambulateur          |     |     |
| Orthèse               |     |     |
| Prothèse              |     |     |
| Pacemaker             |     |     |
| Autre (préciser)      |     |     |

| PANSEMENTS ET SOINS CUTANÉS | OUI | NON |
|-----------------------------|-----|-----|
| Soins d'ulcères             |     |     |
| Soins d'escarres            |     |     |
| Localisation                |     |     |
| Stade                       |     |     |
| Durée de soin               |     |     |
| Type de pansement           |     |     |

**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