



NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ :

Tel : **06 14 44 75 29**

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