

# Fiche de Renseignements Administratifs

Actualisation 06.2018

Au moment de votre admission, merci de venir finaliser votre dossier dans le bureau administratif (cf. Corinne Saurat)

**Qualité**

**Situation de Famille**



EHPAD

Rés. Gustave Pédoya

**Nom**

**Nom de jeune fille**

**Prénoms**

**Date Naissance**  **Lieu de naissance**  **Dép**

**Num Sécurité Sociale**  **Caisse**

**Mutuelle**

**Adresse de résidence actuelle**

Si vous résidez dans un département autre que celui de l'Ariège, vous devez **faire obligatoirement une demande d'APA** auprès de votre département d'origine, au moment de l'entrée à la Résidence Gustave Pédoya.

**Aide Sociale**

**Mesure de protection**

**Allocation Logement**

**Avez-vous une retraite d'ancien combattant**

Si vous bénéficiez de l'aide sociale ou d'une mesure de protection, merci de bien vouloir nous apporter les documents.

**Désignation de la personne de confiance**

Nom – Prénom – Adresse - Tél

**Coordonnés des proches**

↳ La première personne de la liste sera la personne à contacter en priorité

Nom Prénom	Adresse	Tél 1	Tél 2	Lien

Vous pouvez avoir le téléphone dans votre appartement, **oui**  **non**  Numéro actuel : .....

**Votre linge, doit être impérativement étiqueté. Nous pouvons nous en charger pour vous.**

L'administration peut vous conseiller et vous aider dans vos démarches



**Situation de la personne concernée à la date de la demande :**

Domicile  chez enfant/proche  logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD/SAD  Accueil de jour

**Accepteriez-vous un logement double ?** Oui  Oui, mais souhaite ensuite un logement simple  Non

**Aspects Financiers :**

Avez-vous pris connaissance des tarifs Actualisés ? Oui  Non

Comment la personne concernée pense t'elle financer ses frais de séjour ? Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

-----  
Commentaires / Précisions

Fiche de renseignement complétée par : .....

Agissant en qualité de : .....

Personne à contacter au sujet de la demande d'admission : .....

.....

Fait le .....

Signature :

**PIECES A FOURNIR LORS DU DEPOT DU DOSSIER**

- Copie de la carte d'identité ou Livret de Famille ou Extrait de naissance,
- Attestation Carte Vitale,
- Fiche de renseignement Administratif, (ci-joint)
- Document médical, (ci-joint)
- Avis d'imposition des 2 dernières années,
- Tous documents médicaux utiles,

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  Prénom(s)   
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Date de naissance

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement  Fin/Retour d'hospitalisation  Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

**ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux**

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

--	--

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

SOINS PALLIATIFS  OUI  NON ALLERGIES  OUI  NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE  OUI  NON PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE  NE SAIT PAS  OUI  NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser la date du dernier prélèvement	
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Taille  Poids

<b>FONCTIONS SENSORIELLES</b> Cécité <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Surdité <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RISQUE DE FAUSSE ROUTE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>REEDUCATION</b> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Orthophonie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autre (préciser) <input type="text"/>
--	--	--

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

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

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)**

Nom  Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du  
médecin