Centre Communal d'Action Sociale

Résidence Autonomie « Pierre Estève »
34, rue du Général Laperrine
11400 Castelnaudary
04.68.23.21.26
Mail : rpa.pierre.esteve@ville-castelnaudary.fr

Cadre réservé à l'administration

Dossier reçu le : **Type de logement souhaité :**

Dossier complet : ☐ oui ☐ non **1er étage possible** ☐ oui ☐ non

Pièces manquantes : **Avis commission :**

ATTENTION, SEULS LES DOSSIERS COMPLETS (Remplis, signés et accompagnés de TOUTES les pièces justificatives) SERONT TRAITES.

Intéressé

☐ Mme ☐ Mr

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date et lieu de naissance : _____

N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

N° téléphone fixe : _____ N° Portable : _____

Adresse mail : _____@_____

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e)

Ancienne profession : _____

Régime de protection sociale : _____ (Général et rattachés = 1 ; Agricole = 2 ; Non salarié, Non agricole = 3 ; CMU, Aide sociale = 4 ; Autre = 5) Si autre, préciser :

N° Allocataire CAF : _____

Mutuelle : _____

Caisse de retraite : _____

Assurance (Habitation + R.Civile) : _____

Allocation logement (APL/ALS) : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Dossier d'APA : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Prestation de compensation du handicap : ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiez-vous des prestations suivantes :

	Oui	Non	Nom du cabinet, du prestataire ou du praticien
Infirmiers à domicile			
Kinésithérapeute			
Aides à la personne (Aides-soignantes, Aides à la toilette, etc..)			
Aides ménagères			

Mesure de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Nom - Prénom de la personne ou Dénomination du service désigné :	

Lieu de vie de la personne concernée à la date de la demande, (cocher la mention utile) :

☐ A son domicile ☐ Chez un enfant / un proche

☐ Dans une résidence service séniors ☐ Dans une résidence autonomie

☐ Long séjour ☐ EHPAD

☐ Autre, préciser :

Motif principal de la demande (sortie d'hospitalisation, rapprochement familial, isolement, inadaptation au logement,) :

Délai d'entrée souhaité : ☐ Le plus tôt possible ☐ Dans les 6 mois ☐ Plus de 6 mois

Si la demande est effectuée par un tiers, merci de préciser :

Nom : _____ Prénom : _____

N° téléphone fixe : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____@_____

Qualité : ____ (Intéressé = 1 ; Parent = 2 ; Médecin traitant = 3 ; Services sociaux = 4 ; Structure précédente = 5 ; Autre = 6). Si Parent ou Autre, préciser : _____

Documents à fournir pour la demande d'inscription

☐ Photo d'identité

☐ Courrier de demande d'entrée précisant le type de logement souhaité.

☐ Le présent dossier dûment rempli et signé par l'intéressé ET le médecin traitant.

☐ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport).

☐ Attestation de droits à l'assurance maladie et copie de la carte de mutuelle.

☐ Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.

☐ Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant).

Dossier médical à faire remplir par le médecin

Médecin qui renseigne le dossier : Médecin traitant : Oui ☐ Non ☐

Nom – Prénom :

Adresse : N° Téléphone :

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier) :

Nom – Prénom :

Adresse : N° Téléphone :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, pathologies actuelles et état de santé :

Conduite addictive :	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage : ☐ OUI ☐ NON		

Déficiences sensorielles :	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Visuelle : - Auditive : - Gustative : - Olfactive : - Vestibulaire : - Tactile		

Rééducation :	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie : - Orthophonie : - Autre (préciser) :		

☐ ☐

Taille : Poids : Risque de chute : OUI NON

Données sur l'autonomie

Données sur l'autonomie		A	B	C
Cohérence	Communication			
	Comportement			
Communication à distance	Téléphone, sonnette, téléalarme			
Orientation	Se repérer dans le temps			
	Se repérer dans l'espace			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Toilette	Générale			
	Haut			
	Bas			
Hygiène personnelle (Elimination)	Urinaire			
	Fécale			
Déplacements	Intérieurs			
	Extérieurs			
	Transferts			

Symptômes comportementaux et psychologiques		OUI	NON
Idées délirantes			
Hallucinations			
Agitation, agressivité			
Dépression, Dysphorie			
Anxiété			
Exaltation de l'humeur			
Apathie, indifférence			
Désinhibition			
Irritabilité / Instabilité de l'humeur			
Comportement moteur aberrant :	Déambulations pathologiques		
	Gestes incessants		
	Risque de sorties non « accompagnées »		
Troubles du sommeil			
Trouble de l'appétit			

A= Fait seul les actes quotidiens : spontanément (S), totalement (T), habituellement (H) et correctement (C).
B = Fait partiellement : non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement.
C = Ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Exemple : S T C H
□ □ □ □ **A** la réponse est oui pour tous les adverbes
■ □ □ ■ **B** la réponse est non pour 1 à 3 adverbes
■ ■ ■ ■ **C** la réponse est non pour tous les adverbes

Allergies : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser :

Vision :

☐ Normale ☐ Faible, a du mal à lire ☐ Nulle

Audition :

☐ Normale ☐ Entend les bruits forts

☐ Entend avec un appareillage ☐ N'entend pas et ne lit pas sur les lèvres

Langage :

☐ Normal, s'exprime bien ☐ Difficulté à trouver les mots ☐ Incompréhensible

Régime alimentaire : Une ordonnance ou un certificat médical précisant le type de régime alimentaire souhaité est nécessaire.

☐ Diabétique ☐ Mixé ☐ Autre (préciser) :

Le patient est-il adapté au type d'hébergement souhaité (Résidence autonomie) : ☐ OUI ☐ NON

Remarques éventuelles concernant le patient et/ou son état de santé :

Commentaire (évaluation gérontologique, etc), recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc) et évolution probable :

Fait à : Le :	**Signature du médecin :**	**Cachet du médecin :**

Ville de Castelnaudary
Résidence Autonomie Pierre ESTEVE
Etablissement médico-social mention à l'article 1
De la loi N°75-535 du 30 juin 1975
Dossier d'admission

CERTIFICAT MEDICAL

NOM : **PRENOM :**

Date de naissance :

Je soussigné(e), M , docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour le patient dont les noms, prénoms et date de naissance figurent ci-dessus.

J'atteste que son état de santé lui permet de vivre en collectivité.

Je note ci-dessous les pathologies particulières du patient, afin qu'en cas d'urgence, un de mes confrères puisse prescrire une ordonnance, en mon absence.

Fait à , le

Signature et tampon :

La Direction de la Résidence Autonomie Pierre ESTEVE s'engage à respecter le secret médical en tenant le certificat médical et les données médicales du patient dans son dossier.