

# Centre Communal d'Action Sociale

Résidence Autonomie « Pierre Estève »

34, rue du Général Laperrine

11400 Castelnaudary

☎ 04.68.23.21.26. 📠 09.60.12.71.97.

Mail : [rpa.pierre.esteve@ville-castelnaudary.fr](mailto:rpa.pierre.esteve@ville-castelnaudary.fr)

Cadre réservé à l'administration

**Dossier reçu le :**

**Type de logement souhaité :**

**Dossier complet :**     oui  non

**1<sup>er</sup> 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 seniors       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**

- 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).

**Une mise à jour des documents sera à effectuer lors de l'entrée.**

# 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 :**

**Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes, il n'est pas nécessaire de remplir le cadre) :**

Conduite addictive :	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage :		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 adverbess

**B** la réponse est non pour 1 à 3 adverbess

**C** la réponse est non pour tous les adverbess

**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

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 � :	<b><u>Signature du médecin :</u></b>	<b><u>Cachet du médecin :</u></b>
Le :		

**Ville de Castelnaudary  
Résidence Autonomie Pierre ESTEVE  
Etablissement médico-social mention à l'art cle 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 :