

Nom :

Prénom :

Date :

Photo obligatoire

DEMANDE D'ADMISSION EN FOYER DE VIE

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez vous inscrire au Foyer de Vie de l'association "Accueil Sainte Elisabeth" de Saint-Palais : veuillez compléter attentivement cette demande d'inscription composée d'un dossier administratif, d'un volet « Motifs de la demande d'admission », d'un volet médical et d'un volet « Documents et trousseau ».

Le dossier administratif (feuilles blanches) doit être minutieusement renseigné pour faciliter les démarches administratives relatives à votre admission : instruction d'APL ou d'aide sociale, instruction du dossier MDPH, copie de la notification MDPH etc. Une liste indicative d'intervenants médicaux et paramédicaux (feuillelet bleu) vient compléter ce dossier administratif. Celui-ci comprend également un « Recueil des habitudes de vie » : ces informations sont très importantes pour nos équipes d'accompagnement : la connaissance de vos habitudes nous permettra de répondre plus rapidement à vos attentes. N'oubliez pas de renseigner le volet « motifs de la demande d'admission » (feuillelet vert) : il est indispensable à l'instruction de votre dossier.

Le volet médical (feuillelet lavande) est à compléter par votre médecin traitant et à nous retourner sous pli cacheté : il sera directement transmis au médecin.

Enfin, et dans l'attente d'une place disponible, vous conservez la liste des documents et des affaires indispensables à votre admission (feuillelet jaune) ; vous pourrez ainsi commencer à bien préparer votre entrée. Elle sera à nous retourner le jour de votre arrivée dans notre établissement.

Le Service Administratif

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



J'autorise l'enregistrement de ma demande sur la liste d'attente informatique pour le Conseil Général 64 (cela permet au département de recenser les demandes et besoins) :

OUI - NON

Je note que je pourrai à tout moment demander un droit d'accès, de modification et de rectification des données me concernant (art. 34 de la loi "Informatique et libertés").

La personne est elle informée de son éventuelle admission : OUI - NON

Est-elle consentante : OUI - NON

1. ETAT CIVIL

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Situation de famille : marié(e) - célibataire - veuf(ve) Nombre d'enfants :

Adresse et téléphone :

.....

.....

.....

Existe-t-il une mesure de protection juridique ? OUI - NON

Tutelle Curatelle

Si oui : nom, prénom et coordonnées du représentant légal :

.....

Noms et adresses des membres de la famille et/ou des personnes à prévenir :

.....

.....

.....

.....

.....

2. RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Numéro de sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale :

Prise en charge (ALD/invalidité) :

Caisse ou organisme de mutuelle :

Numéro d'adhérent :

3. RESSOURCES

Pensions/Allocations/Retraite (nom de la caisse)	Numéro d'allocataire	Montants mensuels

Faut-il faire une demande d'aide sociale ? OUI - NON

Le résident bénéficie-t-il d'une orientation MDPH ? OUI - NON

⇒ Si « oui », indiquez son numéro de référence MDPH :

⇒ Si « oui », indiquez l'orientation préconisée par la MDPH :

⇒ Si « non », avez-vous sollicité la MDPH ? OUI - NON

**NOUS RAPELLONS QUE POUR ENTRER AU FOYER DE VIE, LA NOTIFICATION
« ORIENTATION EN FOYER DE VIE » PAR LA MDPH EST INDISPENSABLE.**

Le résident perçoit-il une aide au logement ? OUI - NON

⇒ Si « oui » : CAF - MSA Numéro d'allocataire ?

⇒ Si « non » : faut-t-il en faire la demande ? OUI - NON

4. INTERVENANTS EXTERIEURS

Médecin traitant :

Pharmacie :

Dentiste :

Kinésithérapeute :

Ambulance :

Lieu d'hospitalisation :

Coiffeur :

Souhaits ou dispositions prises en cas de décès :

.....

.....

.....

Convention obsèques OUI - NON

5. TRAITEMENT DU COURRIER ADMINISTRATIF DU RESIDENT :

Par son référent familial ou son tuteur

Par l'établissement

6. ABONNEMENT TELEPHONIQUE :

Le résident souhaite prendre un abonnement téléphonique OUI - NON

Si oui, il souhaite pouvoir recevoir et envoyer des appels OUI - NON

Seulement recevoir des appels OUI - NON

Acquérir un appareil téléphonique adapté auprès de l'établissement OUI - NON

Qualité de la personne qui a rempli le dossier :

NOM : Prénom :

Date : Signature du demandeur ou de son représentant :

RECUEIL DES HABITUDES DE VIE

SITUATION ANTERIEURE :		
Chez ses parents <input type="checkbox"/>	Chez un membre de la famille <input type="checkbox"/>	En milieu rural <input type="checkbox"/>
A vécu en institution spécialisée <input type="checkbox"/>	Autres : <input type="checkbox"/>	En milieu urbain <input type="checkbox"/>
Vient de :		

HABITUDES DE VIE ANTERIEURE : la personne avait-elle une vie sociale relationnelle ?		
Amis <input type="checkbox"/>	Voisins <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Avait-elle un animal familier :	Oui <input type="checkbox"/> Si oui, lequel :	Non <input type="checkbox"/>

SIGNES PARTICULIERS :		
Droitier <input type="checkbox"/>	Prothèse auditive <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/>
Gaucher <input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire <input type="checkbox"/>	Autres :

ALIMENTATION :			
REPAS	MANGE	COUPE SES ALIMENTS	REGIME
Normal <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Sans sel <input type="checkbox"/>
Haché <input type="checkbox"/>	A stimuler <input type="checkbox"/>	A stimuler <input type="checkbox"/>	Sans sucre <input type="checkbox"/>
Mixé <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Autre :
Habitudes alimentaires	Matin :	Soir :	Couverts spéciaux:
Aime :			
N'aime pas :			

LOCOMOTION :			
Se lève et se couche :	Seul	<input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Marche avec :	Aide au bras	<input type="checkbox"/>	Déambulateur <input type="checkbox"/>
	Canne	<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>
Déplacements seul à l'intérieur	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déplacements seul dans le parc	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déplacements seul en ville	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

COUCHER :			
Sommeil :	Pas de problème	<input type="checkbox"/>	Traitement <input type="checkbox"/>
Observations (rituels du lever, coucher, insomnies, angoisses...) :			
Habitudes :	Heure de coucher :	Heure de lever :	
Sieste :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Réfection du lit au quotidien	Seul	<input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>

TOILETTE :				
	SEUL	A STIMULER	AVEC AIDE	DEPENDANT
Toilette quotidienne				
Au lavabo <input type="checkbox"/>				
Douche quotidienne <input type="checkbox"/>				
Coiffage				
Habillage				
Choix de ses vêtements				
Rasage :				
A la main <input type="checkbox"/>				
Electrique <input type="checkbox"/>				
Soins de bouche :				
Dents <input type="checkbox"/>				
Dentiers <input type="checkbox"/>				

CYCLES DES EVENEMENTS QUOTIDIENS :					
	Incontinence urinaire			Incontinence fécale	
	Oui	Non	Occasionnelle	Oui	Non
Jour					
Nuit					

CONTINENCE URINAIRE ET FECALE : Aide à la continence :					
Couches	<input type="checkbox"/>	Jour	<input type="checkbox"/>	Nuit	<input type="checkbox"/>
Accompagnement aux WC		<input type="checkbox"/>			

INVESTISSEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE			
	Seul	A Stimuler	Ne fait pas
Participation au Service (vaisselle, balai, éponge...)			
Rangement du linge			
Faire son lit			
Ranger ses affaires, sa chambre			

COMMUNICATION				
	Oui facilement	Oui avec Stimulation	Oui mais difficilement	Non
Verbale				
Compréhension				
Ecriture				
Lecture				
Non verbale	<input type="checkbox"/> Regard	<input type="checkbox"/> Bouche	<input type="checkbox"/> Gestes	<input type="checkbox"/> Autre

SOCIALISATION			
	Oui	Non	Préciser
Instaurer une relation d'échange avec ses pairs			
Partager des centres d'intérêts avec ses pairs			
Participe à la vie de groupe			
Adopter des comportements adaptés à la situation			
Respect des règles de vie			
Intérêt pour le monde extérieur			

AUTRES			
	Oui	Non	Précisez
Gestion de l'argent de poche			
Orientation dans le temps (jour, heure, mois...)			
Trouver des occupations personnelles			
Gérer son temps personnel			

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION

1) IDENTITE DE LA PERSONNE (OU ORGANISME) A L'ORIGINE DE LA DEMANDE ?

NOM : PRENOM :

ORGANISME :

COORDONNEES :

2) MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION AU FOYER DE VIE ?

3) ATTENTES DE LA FAMILLE :

4) ATTENTES DU RESIDENT :

3) PARCOURS ANTERIEUR :

DOCUMENTS ET TROUSSEAU A FOURNIR

Pour faciliter votre entrée au foyer de vie, nous vous demandons de bien vouloir préparer les documents administratifs, le trousseau, le vestiaire ainsi que les produits de toilette suivants.

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX A FOURNIR

Chaque résident doit disposer, à son entrée dans l'établissement, des documents administratifs suivants :

- Une photocopie du livret de famille et de la carte d'identité
- L'attestation Carte vitale et Carte de mutuelle
- La copie de la notification MDPH
- La copie du jugement de protection juridique, pour les personnes protégées
- Les déclarations fiscales reçues des pensions et/ou allocations, en début d'année pour la déclaration des revenus et les justificatifs des ressources mensuelles
- Le dernier avis d'imposition ou de non imposition sur les revenus
- Un Relevé d'Identité Bancaire ou postal
- Si le résident perçoit une aide au logement, le justificatif de versement
- Si le résident perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie, la copie de la décision d'octroi
- Un certificat de non contagion par le médecin traitant
- Le traitement médical en cours (dernière ordonnance)

TROUSSEAU

Chaque résident doit disposer, à son entrée dans l'établissement, d'un trousseau personnel composé au minimum des pièces suivantes :

- 10 gants de toilette
- 10 serviettes de toilette
- 12 serviettes de table

VESTIAIRE

Chaque résident doit disposer, à son entrée dans l'établissement, d'un vestiaire personnel composé au minimum des pièces suivantes :

- 6 tricot de corps
- 6 culottes / slips
- 4 chemises de nuit / pyjamas
- 4 tenues de jour
- 1 tenue de sport (jogging)
- 2 paires de pantoufles lavables en machine
- 6 paires de chaussettes /bas /collants
- 1 paire de chaussure de ville et 1 paire de chaussures de sport
- 1 trousse de toilette complète (avec coupe-ongles, thermomètre, etc.)
- 1 peignoir/robe de chambre (facultatif)
- 1 manteau
- 1 valise (utile en cas d'hospitalisation)

⇒ Attention : pour les résidents qui ont choisi de faire entretenir leur linge par l'établissement : leur linge personnel sera marqué à leur nom par la lingerie lors de leur l'entrée dans l'établissement (nous signaler tout réassortiment). A noter que les textiles délicats (laine, soie, rhovyls) seront traités en pressing et que la prestation sera facturée au résident.

PRODUITS D'HYGIENE ET DE TOILETTE

Chaque résident doit disposer, tout au long de son séjour dans l'établissement, de produits d'hygiène et de toilette composés notamment des pièces suivantes :

- Savon
- Dentifrice ; pastilles effervescentes et colle pour appareil dentaire si besoin
- shampoing
- brosse à dents, brosses à cheveux, rasoirs, lames de rasoirs et mousse à raser
- parfum ou eau de toilette
- crème

⇒ Attention : en cas d'absence ou de non renouvellement des produits d'hygiène et de toilette, l'établissement facturera, en plus du prix de journée, les produits fournis au résident tout au long de l'année.

DOSSIER MEDICAL

A compléter par le médecin traitant, et à retourner sous pli cacheté au Docteur Chantal IRIGOIN, médecin coordonnateur de l'Etablissement Sainte Elisabeth.

Nom et prénom :

Date de naissance :..... Lieu de résidence habituel :.....

Prise en charge 100 % ? : OUI - NON Date de fin de prise en charge :

Médecin traitant (nom & cachet) :

Motif de la demande d'admission :.....

.....

.....

Antécédents personnels :

.....

.....

Examen clinique actuel :

.....

..... ► Poids : kg

Traitement médical en cours :

.....

.....

Régime et soins particuliers :

.....

Vaccins :

.....

Allergies :

Autres :

GRILLE A.G.G.I.R.

Nom et prénom :

Grille renseignée par :

Date :

Notation : **A** = fait seul totalement, habituellement, correctement **B** = fait partiellement **C** = ne fait pas

COHERENCE (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée) **A** **B** **C**

ORIENTATION (Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux) **A** **B** **C**

TOILETTE DU HAUT (Assurer son hygiène corporelle) **A** **B** **C**

TOILETTE DU BAS (Assurer son hygiène corporelle) **A** **B** **C**

HABILLAGE DU HAUT (S'habiller, se déshabiller, se présenter) **A** **B** **C**

HABILLAGE MOYEN (S'habiller, se déshabiller, se présenter) **A** **B** **C**

HABILLAGE DU BAS (S'habiller, se déshabiller, se présenter) **A** **B** **C**

ALIMENTATION : SE SERVIR (Couper un fruit, beurrer une tartine, ouvrir un yaourt) **A** **B** **C**

ALIMENTATION : MANGER (Manger les aliments préparés et servis) **A** **B** **C**

ELIMINATION URINAIRE (Etre continent ou gérer seul et proprement son incontinence) **A** **B** **C**

ELIMINATION FECALE (Etre continent ou gérer seul et proprement son incontinence) **A** **B** **C**

TRANSFERTS (Se lever, se coucher, s'asseoir) **A** **B** **C**

DEPLACEMENTS INTERIEURS (Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant) **A** **B** **C**

DEPLACEMENTS EXTERIEURS (Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant) **A** **B** **C**

COMMUNICATION A DISTANCE (Utiliser le téléphone, l'alarme, la sonnette) **A** **B** **C**

LISTE INDICATIVE DES INTERVENANTS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX

Conformément au respect du libre choix, les résidents choisissent librement les intervenants médicaux et paramédicaux ; cette liste, non exhaustive, est fournie uniquement à titre indicatif.

Médecins généralistes :

ARAGON	ARBITRE	BOUYSSOU	RUSPIL	ERDOZAINCY
	DAMIAN	MARON	OSPITAL	VANNETZEL

Pharmacies :

BASSE NAVARRE TARRIDE MAINBOURG	GOUX	HOTEL DE VILLE LARRALDE
------------------------------------	------	----------------------------

Dentistes :

CHOHOBIGARAT	LEIBAR	MOUSQUES	ROCHEREAU
--------------	--------	----------	-----------

Kinésithérapeutes :

Cabinet CAMY - LASSALLE - Mme LASSALLE - Meur CAMY - Meur LARRIEU	Cabinet ETCHEPAREBORDE - Mme LENGUIN - Meur POCHELU - Meur DOUMENGE - Melle ZABALETA	Mme LARROUY
---	---	-------------

Ambulances :

GUICHANDUT	MEINJOU
------------	---------

Lieu d'hospitalisation :

POLYCLINIQUE SOKORRI

DOSSIER REMIS : EN MAIN PROPRE OU EXPEDIE

Un dossier d'admission a été donné à :

Adresse :

.....

Téléphone :

Date :

Pour l'inscription de en Foyer de Vie.

Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....