

Résidence Nancy Bez

Biot

Tél. : 05.63.74.01.49

Port : 06.76.04.19.29

helene.segui.mdr@orange.fr

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Le dossier de demande d'admission à la Résidence Nancy BEZ comprend :

- Un volet administratif renseigné par la personne ou toute personne habilitée (travailleur social, tuteur, ...) ce document doit être accompagné de la copie de l'accord MDPH ou de la demande d'orientation
- Un volet médical, daté et signé par le médecin traitant ou un autre médecin, dossier à remettre sous pli confidentiel qui permet notamment aux médecins ou autres professionnels du soin intervenant auprès de la personne au sein de la résidence de connaître son parcours de soins.
- Un volet projet de vie, avec un dossier d'orientation qui permet notamment à l'équipe de la résidence de connaître les attentes et besoins de la personne (et/ou bien tout dossier pouvant relater ses attentes et besoins : bilan psychologique, bilan social, ...)

Ce dossier ne vaut pas inscription. Vous serez informé par courrier, de l'éligibilité de votre demande d'admission et de votre éventuelle inscription sur liste d'attente.

Avant de prononcer l'admission dans notre résidence, un certain nombre de pièces complémentaires vous seront demandées.

La personne sollicitant une entrée en résidence spécialisée doit adresser un dossier de demande d'orientation à la *Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)* de son département.

NB : Pour tout renseignement concernant vos droits à prestations, vous devez vous rapprocher de la MDPH et du conseil général de votre département.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité		Nom	
		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse		Code postal et ville	
téléphone		Mail	

SITUATION FAMILIALE (rayer les mentions inutiles)

Célibataire - Vit maritalement - Pacsé(e) - Marié(e) - Veuf (ve) - Séparé(e) - Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s).....

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

(Par exemple, événement familial récent, décès du conjoint, établissement qui n'est plus adapté...) :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI - NON - En cours

Si oui, laquelle : Tutelle – Curatelle - Sauvegarde de justice Mandat de protection future

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité		Nom	
		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse		Code postal et ville	
téléphone		Mail	

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée :

OUI – NON

SI OUI, coordonnées de celle-ci

Civilité		Nom	
		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse		Code postal et ville	
téléphone		Mail	

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché :

Hébergement permanent - Hébergement temporaire :

Durée du séjour prévu pour l'hébergement temporaire :

Accueil couple souhaité OUI – NON

Lieu de résidence de la personne concernée à la date de la demande :
(Domicile, Chez enfant/Proche, Logement foyer, EHPAD, Hôpital, SSIAD / SAD,
Accueil de jour, Autre à préciser)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service :

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le
consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

Civilité		Nom	
		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse		Code postal et ville	
téléphone		Mail	

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

Seule - Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI – NON - Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI – NON - Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI - NON

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE :

Date de la demande : ____ / ____ / _____

Signature de la personne concernée

ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DOSSIER MEDICAL

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

(à compléter par votre médecin)

PERSONNE CONCERNEE

Civilité		Nom	
		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse		Code postal et ville	
téléphone		Mail	

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile
Autres (préciser)

--

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Civilité		Nom	
		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse		Code postal et ville	
téléphone		Mail	

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

--

DONNEES MEDICALES	
ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux	
PATHOLOGIES ACTUELLES	
ALLERGIES	OUI - NON Si oui, préciser
CONDUITES A RISQUE	OUI - NON Alcool – Tabac – Sevrage
Taille	Poids
FONCTIONS SENSORIELLES	Cécité - Surdité
REEDUCATION	OUI - NON Kinésithérapie – Orthophonie - Autre (préciser)

DONNEES SUR L 'AUTONOMIE

A : fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

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

	A	B	C
Transfert			
Déplacements A l'intérieur			
A l'extérieur			
Toilette			
Elimination Urinaire			
Elimination Fécale			
Habillage			
Alimentation Se servir Manger			
Orientation Temps			
Espace			
Communication pour alerter			
Cohérence			

SYMPTOMES PSYCHO - COMPORTEMENTAUX

	OUI	NON	Préciser
Idées délirantes			
Hallucinations			
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	Préciser
Soins d'ulcère Soins d'escarres			Localisation, Stade, Durée du soin, Type de pansement

APPAREILLAGES	OUI	NON	Préciser
Fauteuil roulant Lit médicalisé Matelas anti - escarres Déambulateur Orthèse Prothèse Pace-maker			

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

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D 'ADMISSION EN
Résidence spécialisée pour personnes handicapées vieillissantes**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

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

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

Civilité		Nom	
		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse		Code postal et ville	
téléphone		Mail	

Date

Signature

Cachet du médecin