

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Tarif définitif 2011 : 46.11 euros par jour (Tarif hébergement 41.79 € + Tarif GIR 5/6 4,32 €)

I - RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE

NOM.....Prénoms.....

Nom de jeune fille (pour les femmes mariées) :

Profession exercée avant la retraite :

Date de naissance | | 19 | Lieu de naissance :

Nationalité : Française Autre, à préciser :

Nom et prénom du père :

Nom et prénom de la mère :

Situation de famille : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) (cocher la case correspondante)

Conjoint(e) nom et prénoms :

Domicile habituel

Adresse :

.....

Domicile temporaire

Adresse :

.....

II - COUVERTURE DES RISQUES MEDICAUX

Désignation de votre caisse de Sécurité Sociale :

.....

Adresse de votre caisse de Sécurité Sociale :

.....

Numéro d'immatriculation Sécurité Sociale

Désignation et adresse de votre mutuelle :

.....

.....

Numéro d'immatriculation à la mutuelle.....

III – COUVERTURE DES FRAIS DE SEJOUR

L'admission ne peut être prononcée :

- * pour les Résidents payants, sans la signature de l'engagement de paiement joint.
- * pour les bénéficiaires de l'Aide Sociale, sans la production d'un état de ressources.

Et, dans les deux cas, fournir les documents suivants :

Désignations et adresses des différents organismes vous servant des pensions ou retraites (indiquer les numéros d'inscription et les montants trimestriels de chacun des avantages). Joindre, si possible, la ou les photocopie (s) des caisses de retraite.

1° -

2° -

3° -


4° -

IV - PERSONNES A PREVENIR PAR ORDRE DE PRIORITE

M. Mme Melle Nom :

Adresse :


Code postal : Ville :

 Lien de parenté :

M. Mme Melle Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Lien de parenté :

M. Mme Melle Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Lien de parenté :

M. Mme Melle Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Lien de parenté :

V – ENFANTS - Nombre d'enfants :

Noms – Prénoms	Ville	Téléphone

VI – REGIME DE PROTECTION JURIDIQUE

L'intéressé(e) est-il (elle) sous un régime de protection ? Oui Non

- Sauvegarde de justice
- Curatelle
- Tutelle
- Autre à préciser

Nom et adresse du tuteur ou curateur (rayer la mention inutile).....
.....

Une mesure de protection est-elle en cours ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

VII – DEMANDEUR

Coordonnées de la personne physique ou morale effectuant la demande

NOM :

Prénom :

Adresse et n° de téléphone :

Date de la demande :

L'intéressé(e) est-il (elle) informé (e) de cette démarche ?

Oui Non

Qu'en pense-t'il (elle) ?

Si l'intéressé(e) est déjà hébergé(e) dans une institution, veuillez indiquer la motivation de la demande de changement :

A _____, le _____
Signature du demandeur ou de son représentant.

E.H.P.A.D.
« La Bonne Eure »
31, rue de Candy
41250 BRACIEUX
Tél. : 02.54.46.43.21
Fax : 02.54.46.05.47
MRBRACIEUX.SEC@wanadoo.fr

DEMANDE DE PLACEMENT A TITRE PAYANT

Je, soussigné(e).....

Profession.....

Adresse.....

Téléphone.....

Sollicite mon admission en E.H.P.A.D.

ou sollicite l'admission de mon ou ma

Monsieur ou Madame.....

Je m'engage à :

- 1° - Régler mensuellement le montant des frais actuellement fixé pour 2011 à 46.11 euros par jour
 - 2° - Régler, à mon admission, **une provision d'entrée** correspondant à un mois de séjour, récupérable lors de mon départ.
 - 3° - Accepter à tout moment et sans préavis la modification de ce tarif telle qu'elle sera agréée par Monsieur le Président du Conseil Général de Loir et Cher.
 - 4° - Régler jusqu'à libération totale de la chambre les frais de séjour en cas d'hospitalisation.
- Je me porte fort, au nom des membres de la famille astreints à l'obligation alimentaire, quant au paiement des frais.
 - J'accepte le transfert vers un autre établissement en raison de l'état de santé, du comportement ou pour tout autre motif jugé valable par le Directeur de l'E.H.P.A.D.
 - En cas d'affection bénigne, le traitement sera assuré sur place. Si l'affection présentait un caractère de gravité, je donne mon accord pour un transfert vers un établissement approprié, les frais de traitement dudit établissement restant à ma charge.

BRACIEUX, le

(Signature)

ANTECEDENTS

❖ **Médicaux :**

- X pacemaker
- X
- X
- X
- X

❖ **Chirurgicaux :**

- X cataracte
- X
- X
- X
- X

❖ **Hospitalisations récentes :**

- X lieu
- X motif

❖ **Psychiatriques :**

.....
.....

❖ **Gynéco obstétriques :**

.....

- X nombre de grossesses

❖ **Allergies :**

.....
.....

❖ **Statut vaccinal :**

- X Tétanos date
- X Pneumocoque date
- X Grippe date

❖ **Habitudes de vie :**

- X Tabac
- X Alcool

❖ **A.L.D. :**

- X pour quelles pathologies
-
-
-

TRAITEMENTS ACTUELS

❖ Médicaments :

✗ Ordonnance habituelle

.....

.....

Prise ✗ seul(e)

✗ préparés

Collyres

.....

❖ Kinésithérapie :

Oui Non

Indications

.....

.....

❖ Régime :

✗ sans sel

✗ diabète

✗ autre

❖ Soins infirmiers :

- Pansements
 - ✗ ulcères
 - ✗ escarres
- Injections
 - ✗ insuline
 - ✗ anticoagulant
 - ✗ autre
- Prises de sang
- Sondes urinaires
 - ✗ poche colostomie
 - ✗ pessaire
- Toilette
 - ✗ Assistante ménagère
 - ✗ I.D.E.
 - ✗ S.S.I.A.D.

DONNEES MEDICALES

Poids : **Taille :**

TA : **Fréquence cardiaque :**

		FA :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
❖ Audition :	X Surdité		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	X Appareil		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
❖ Vision :	X Lunettes		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	X C�civit�		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	X Cataracte		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	X Glaucome		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	X Rétinopathie		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

X Nom ophtalmo

Avis du médecin ayant rempli la fiche :

❖ motif de la demande d'hébergement

.....
.....
.....

❖ motivation de la personne concernée

.....
.....
.....

❖ évolution prévisible

X  tat de santé

.....

X autonomie

.....

EVALUATION AUTONOMIE

Etat mental	<u>Orientation</u>	Normale	<input type="checkbox"/>	Altérée	<input type="checkbox"/>	
	<u>Comportement</u>	Normal	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	
	<u>Caractère</u>	Sociable	<input type="checkbox"/>	Dépressif	<input type="checkbox"/>	Agressif <input type="checkbox"/>
Déplacements	Se déplace seul(e)	Avec aide	<input type="checkbox"/>	Canne	<input type="checkbox"/>	
	Déambulateur	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>			
Lever / Coucher	Seul(e)	Avec aide	<input type="checkbox"/>			
Alimentation	Mange seul(e)	Avec aide	<input type="checkbox"/>	Ne peut manger seul(e)	<input type="checkbox"/>	Mange mixé <input type="checkbox"/>
Toilette	Autonome	Aide partielle	<input type="checkbox"/>	Aide totale	<input type="checkbox"/>	
Habillement	Autonome	Aide partielle	<input type="checkbox"/>	Aide totale	<input type="checkbox"/>	
Incontinence	<u>Urinaire</u>	Pas incontinence	<input type="checkbox"/>	Incontinence	<input type="checkbox"/>	Sonde <input type="checkbox"/>
	<u>Fécale</u>	Pas incontinence	<input type="checkbox"/>	Incontinence	<input type="checkbox"/>	Poche colostomie <input type="checkbox"/>
<i>Evaluation GIR 1 à 6</i>						

Date de la visite :