



DEMANDE D'ADMISSION

**MAISON DE RETRAITE
 BEAU SOLEIL
 12640 RIVIÈRE SUR TARN
 Tel : 05 65 61 49 00
 Fax : 05 65 59 03 64**

ÉTAT CIVIL

NOM :	PRÉNOM :
NOM DE JEUNE FILLE :	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	
Téléphone	
Situation de famille : Marié(e) - Célibataire - Divorcé(e) - Veuf(ve) (1)	

FAMILLE

Nom	Prénom	Lien de parenté
Adresse et n° tél. :		
Nom	Prénom	Lien de parenté
Adresse et n° tél. :		
Nom	Prénom	Lien de parenté
Adresse et n° tél. :		
Nom	Prénom	Lien de parenté
Adresse et n° tél. :		

Raisons de la demande d'admission :

Difficultés de santé
 Décès du conjoint
 Absence de famille
 Autre

Personne(s) à l'initiative de la demande d'admission :
 Propre initiative - famille - organisme social (1)

(1) : rayer les mentions inutiles

COUVERTURE SOCIALE

RÉGIME GÉNÉRAL

N° d'immatriculation à la sécurité Sociale :

Régime de sécurité sociale :

Adresse du centre :

C.M.U.

COMPLÉMENTAIRE

Mutuelle :

N° d'adhérent

Adresse de votre mutuelle :

RESSOURCES

Profession(s) antérieure(s) exercée(s)

-

-

-

-

Caisse(s) de retraite

Montant des pensions

-

-

-

-

-

-

-

-

Percevez-vous des ressources complémentaires

Montant

- Pension d'autonomie

-

- Allocation logement ou A.P.L.

-

- A.P.A.

-

- Autres

-

Choix de la personne concernant :

- Médecin traitant

- Taxi ou ambulances

- Établissement en cas d'hospitalisation

REMARQUES PARTICULIÈRES

DOSSIER MÉDICAL

Médecin traitant :

A remplir par le médecin

Antécédents médicaux et traitement en cours :

Injections régulières :

Soins cutanés ou muqueux réguliers :

Régime alimentaire particulier :

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE					
Cohérence : A / totalement cohérente B / partiellement cohérent C / incohérent			Orientation : A / s'oriente seul B / avec aide ponctuelle C / avec aide permanente		
Toilette du haut : A / fait seul B / fait partiellement C / ne fait pas du tout			Toilette du bas : A / fait seule B / fait partiellement C / ne fait pas du tout		
Habillage :			Haut	Moyen	Bas
A / s'habille seul					
B / s'habille avec aide partielle					
C / s'habille avec aide totale					
Alimentation	Se servir	Manger	Incontinence	Urinaire	Fécale
A / fait seul			A / pas d'incontinence		
B / fait partiellement			B / occasionnelle		
C / ne fait pas du tout			C / totale		
Déplacements			Déplacements intérieurs	extérieurs	
A / se déplace seul et sans aide					
B / se fait accompagner ou aide d'une canne ou déambulateur					
C / ne fait pas du tout					
Transferts : A / fait seul B / fait avec aide C / ne fait pas du tout			Alerter : A / fait seul B / fait avec aide C / ne fait pas du tout		
Ces données servent à déterminer le G.I.R. pour l'octroi de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie.					

COMPORTEMENT

La personne est-elle : lucide - semi-lucide - désorientée (1)

Existe-t-il des troubles du comportement : agressivité - fugues - autres