



FICHE D'INSCRIPTION

DATE DE DEPOT :

INTERRESSE(E)

NOM :	Prénom :
NOM de jeune fille:	Ancienne Profession :
Date de naissance :	Marié - Célibataire - Veuf - Divorcé :
Adresse :	Nombre d'enfants :
	Téléphone :
Régime de protection Mutuelle :	N° d'immatriculation :
<p>Conditions de vie : <input type="text"/></p>	
1- seul en domicile privé	6- en famille d'accueil
2- en foyer logement	7- avec d'autres personnes
3- en couple en domicile privé	8- dans une autre maison de retraite
4- en couple en foyer logement	9- autre
5- en famille	
<p>Situation en milieu soignant : <input type="text"/></p>	
1- court séjour hospitalier	4- milieu psychiatrique
2- moyen séjour	5- prise en charge par SSAD
3- soins de longue durée	6- autre

SOLLICITEUR

NOM :	Prénom :	
Adresse :	Téléphone :	
<p>Qualité : <input type="text"/></p>		
<p>Inscription faite : <input type="text"/></p>		
1- Interressé	4- Service des tutelles	1- par ou à la demande de l'interessé(e)
2- Parent	5- Structure précédente	2- à la seule initiative du solliciteur
3- Médecin traitant	6- Autre	

AUTRES PERSONNES A CONTACTER

NOM Prénom	Adresse	Téléphone

RESSOURCES

Montant mensuel:	Placements:
À P.A.	OUI - NON
Allocation logement	OUI - NON
Montant :	N° de dossier :

PROTECTION LEGALE

OUI	NON	Sauvegarde de justice	Curatelle	Tutelle
Nom et adresse de la personne et/ou organisme chargé d'assurer la mesure				

Motif de la demande		
en cas d'accueil permanent		en cas d'accueil temporaire
1- insuffisance prise en charge		9- transition après hospital avant retour domicile
2- changement de structure pour raison personnelle		10- difficulté momentanée due à la saison
3- suite d'hospital avec impossibilité de retour à domicile		11- difficulté momentanée autre cause
4- aggravation de l'état de dépendance		12- soulagement soutien familial
5- conjoint(e) décédé(e) ou perte de soutien familial		13- période d'essai de vie en collectivité
6- membre d'un couple dont conjoint a nécessité l'admission		14- autre
7- isolement insécurité trop forte pour rester à domicile		
8- inadaptation du logement		

Délai souhaité		1- le plus tôt possible	2- dans l'année
		3- dans les 6 mois	4- ne peut préciser

Aide avant l'entrée : 1- Aide ménagère · 2- infirmière · 3- kiné ·

AUTONOMIE

Médecin				Tél :	
Codification	A, Fait seule, totalement, habituellement et correctement				
	B, Fait partiellement, non habituellement, non correctement				
	C, Ne fait pas				
Cohérence	.....	Orientation	.....	Communication	.....
Toilette	Haut	.....	Bas	.....
Habillage	Haut	.....	Moyen	.....	Bas
Alimentation	Se servir	.....	Manger	.....
Hygiène	Urinaire	.....	Anale	.....
Transfert(couché, assis, debout)	.....			
Déplacement intérieur	.....	Déplacement extérieur	.....	

Pratique religieuse : OUI / NON

Souhaits particuliers :

Fait à : Le : / /	J'autorise la transmission des informations non grisées, ci-dessus mentionnées sur le serveur GERINFO Les informations contenues dans les zones grisées ne seront pas communiquées sur le serveur GERINFO Signature du solliciteur
------------------------------------	--

Vu l'avis de la C.N.L.I.L.

Votre établissement d'accueil procède à l'occasion de cette inscription à une enquête informatisée à caractère facultatif destinée à recueillir des informations statistiques et à évaluer l'importance, des listes d'attentes, concernant uniquement les zones non grisées, Seuls votre établissement d'accueil et la Direction de la Solidarité Départementale pourront consulter ces informations, dont la confidentialité est strictement protégée. La loi du 6 janvier 1978 vous garantit le droit d'accéder à l'ensemble des données vous concernant, Ce droit peut s'exercer par simple demande écrite adressée à :

Madame Le Directeur
 Direction de la Solidarité Départementale
 Service des Etablissements pour Personnes Agées et Handicapées
 1 rue du Parc - B.P.2372 - 22023 SAINT BRIEUC CEDEX 1

NOM / PRENOM :
DATE :

ETABLISSEMENT	
DEMANDEUR	
Nom: _____	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de jeune fille :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Domicile :	
Téléphone :	
Personne de confiance :	
Nom et Prénom : _____	
<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre	
Adresse :	
Téléphone :	
Intervenants extérieurs	
<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie	
<input type="checkbox"/> Infirmière ou service de soins	
Médecins spécialistes	
Professionnels para-médicaux	

AUTONOMIE* = aptitude à faire ou à gérer			
	Oui	Partielle	Non
Déplacements			
Transferts			
Habillage			
Médicaments			
Toilette			
Se servir à table			
Alimentation			
Continence			
Donner l'alerte			

FONCTIONS SUPERIEURES & SENS			
	bonne	moyenne	mauvaise
Vision			
Audition			
Orientation			
Cohérence			
Mémoire			
Communication			

* Si vous préférez, vous pouvez joindre la grille AGGIR

APPAREILLAGES	
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres.....	
.....	

DIVERS		
	OUI	NON
Agitation		
Déambulation		

TRAITEMENT(S) EN COURS
Traitement non injectable

Injection

Pansements ou soins cutanés
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Rééducation
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Régime
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CERTIFICAT MEDICAL ET CONFIDENTIEL A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER

NOM / PRENOM :

DATE :

ANTECEDENTS

Médicaux, psychiatriques,

Allergies (médicaments ++)

VACCINATIONS (date des derniers rappels)

anti-tétanique
anti-pneumococcique
anti-grippal

TAILLE/POIDS

ETAT ACTUEL (handicap)

Votre avis sur l'intérêt et la motivation de cette demande

Nécessité d'une chambre seule
 Oui Non

Si oui, préciser le motif :

Chirurgicaux

Coordonnées du médecin traitant ou hospitalier, date & signature (cachet obligatoire)