

DEMANDE D'ENTRÉE

MAISON NATIONALE DES ARTISTES

14 RUE CHARLES VII

94 130 NOGENT SUR MARNE

Tel : 33 (0) 1 48 71 28 08

Fax : 33 (0) 1 48 71 12 76

E-mail : ehpad.artistes@wanadoo.fr

Site : www.fnagp.com

Renseignements administratifs

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Nationalité :

Adresse :

Code postal /Ville :

propriétaire locataire Aide au logement

n° CAF ou MSA :

hospitalisation depuis le : lieu :

Dernière adresse (autre que logement-foyer ou maison de retraite) :

.....

Bénéficiaire de : l'allocation personnalisée d'autonomie

l'allocation compensatrice tierce personne

la majoration tierce personne

Département payeur :

Situation familiale

marié(e) veuf divorcé (e) célibataire séparé (e)

Depuis le :

Nombre d'enfants : (garçons :/ filles :

■ COORDONNEES DES PERSONNES A PREVENIR (préciser le nom et l'adresse)

.....

Tél : Parenté :

.....

Tél : Parenté :

.....

Tél : Parenté :

.....

Tél : Parenté :

Situation administrative

■ SECURITE SOCIALE

Immatriculation :

Numéro et adresse du centre :

Prise en charge à 100% date de fin d'effet :

Demande en cours date de la demande :

■ MUTUELLE

Nom et adresse :

Numéro d'adhérent :

■ ASSURANCE RESPOSABILITE CIVILE

Nom et adresse :

Numéro d'adhérent :

■ DECISION DE JUSTICE : sauvegarde curatelle tutelle

Nom et coordonnées du représentant légal :

.....

Tél :

■ AIDE SOCIALE

Du au

Demande d'aide sociale en cours date de la demande :

lieu :

Revenus

Organisme	Adresse	N° d'affiliation	Montant annuel

Dossier rempli par :

la personne elle-même

son entourage

Nom :

.....

suivi social

autre :

Vie sociale et culturelle

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Profession antérieure :

Loisirs en groupe

- Jeux
- Soirées, spectacles
- Sorties (restaurant, groupe de promenade...)
- Art
- Artisanat, activités manuelles
- Activités culinaires
- Exercices, sport, gym douce
- Chant
- Activités intergénérationnelles
- Activités spirituelles, religieuses
- Capacité à s'investir dans la vie de l'établissement
(Réunions, colloques, conseils des résidents, association, permanence boutique, revue hebdomadaire)

Loisirs individuels

- Lecture, écriture
- Multimédia
- Rencontres individuelles (bénévoles...)
- Sorties à la carte (courses dans le quartier...)
- Télévision, radio
- Visites, famille, amis
- Intérêt pour les soins du corps (manucure, esthétique...)
- Intérêt pour les animaux
- Activités intergénérationnelles

Autres

- Religion
- Capacité à gérer son argent (achat, boutique, cafétéria, coiffeuse.....)

.....
.....

■ **POUR UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT ? AURIEZ VOUS D'AUTRES RENSEIGNEMENTS A NOUS TRANSMETTRE ?**

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

Renseignements médicaux

À remplir par le médecin traitant

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code Postal / Ville :

Numéro de sécurité sociale :

Centre :

100% pour quelles pathologies ? :

ALD motif maladie :

Protection juridique : sauvegarde tutelle curatelle

Motif de la demande :

Référents familiaux ou autres référents :

.....

.....

.....

Antécédents

Médicaux :

Chirurgicaux :

.....

Escarre site : Ulcères site :

Profil sérologique :

Pace Maker Prothèse

Transfusion récente

Allergies connues :

Habitus :

Pathologies actuelles

.....

.....

.....

.....

MEDECINS (généralistes ou spécialistes) :

.....

.....

En cas d'hospitalisation (préciser les dates et les coordonnées de l'hôpital ou du service) :

.....

.....

.....

.....

Vaccinations

- Antitétanique : date du dernier rappel
- Antigrippal : date de la dernière injection
- Pneumovax : date de la dernière injection

Examen clinique

- Aspect général : Taille :cm Poids : kg
- Douleur Site :
- Amaigrissement : progressif rapide

Appareil cardio-vasculaire

- Pression artérielle : couché :
- debout :
- Fréquence cardiaque :
- Hypotension orthostatique Trouble du rythme –lequel :
- Anomalies à l'auscultation :
- Etat des membres inférieurs :
- Pouls : présents absents
- Oedèmes – Lesquels : Bandes à varices
- Artérite :

Appareil respiratoire

- Auscultation pulmonaire :
- Dyspnée Cyanose site : Toux
- Expectoration
- Besoin d'O₂ Besoin de Kinésithérapie respiratoire Fréquence :
- Fausses routes

Examen neuro-psychique

- Neurologie : Trouble de la marche Trouble de l'équilibre Chutes
- Paralyse Aphasie
- Autres :
- Psychique : Troubles de la mémoire Troubles du sommeil Dépression
- MMS Scores : Dates
- Troubles du comportement : Agressivité Agitation Apathie
- Déambulation Fugue

Examen rhumatologique

- Prothèse : Genou Hanche Autre :
-

Etat cutané

- Programme de changement de position
- Escarre site :..... Ulcères site :.....
- Mycoses site :..... Eczéma site :.....
- Autres :

Appareil digestif

- Signes fonctionnels :.....
- Douleurs gastriques
 - Diarrhée Constipation Besoin de laxatif
 - Dentition : bonne mauvaise Prothèse : haut bas
 - Palpations : hépatomégalie splénomégalie
 - Stomie
 - Toucher rectal

Appareil urogénital

- Insuffisance rénale Incontinence urinaire
- Prostate :

Examens complémentaires

(Biologiques et radiologiques)

(Albumines, NFS, iogramme, créatinine, glycémie à jeun, ECG, radio pulmonaire...)

.....

.....

.....

Observations complémentaires et surveillance particulière

.....

.....

.....

Traitement en cours et dernière ordonnance

.....

.....

.....

- L'état de santé justifie :
- des soins constants
 - une surveillance autre que médicale
 - une prise en charge kinésithérapeutique
 - une prise en charge orthophoniste
 - une gestion de la prise des médicaments

Autonomie

GIR : effectué le par :

A : *Fait seul, totalement, habituellement, ou correctement*

B : *Fait partiellement ou non habituellement, ou correctement*

C : *Ne fait pas*

GRILLE NATIONALE AGGIR				
	VARIABLES			
Cohérence Converser et/ou se comporter de façon sensée	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Orientation Se repérer dans le temps, Les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	dans le temps <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non dans l'espace <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Toilette Concerne l'hygiène corporelle	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> à prendre en charge complètement
Toilette haut	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Toilette bas	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Habillage S'habiller, se déshabiller, se présenter	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> à prendre en charge complètement
Habillage haut	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Habillage moyen	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Habillage bas	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Alimentation Manger les aliments préparés	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> régime sans sel <input type="checkbox"/> sans sucre <input type="checkbox"/> hyperprotéiné type d'alimentation : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> haché <input type="checkbox"/> mixé hydratation : <input type="checkbox"/> à surveiller <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> perfusion sous cutanée prothèses dentaires : <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas
Se servir	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Manger les aliments préparés	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide (stimuler, couper la viande) <input type="checkbox"/> doit être alimenté
Elimination Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> continence <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> sondage intermittent
Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	Incontinence urinaire : <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> totale
Assumer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> totale
Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec un lève-malade
Déplacement à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> sans canne <input type="checkbox"/> avec canne <input type="checkbox"/> avec déambulateur <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> avec une tierce personne
Communication Utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> langue française maîtrisée, sinon langue parlée : <input type="checkbox"/> trouble du langage <input type="checkbox"/> trouble de la compréhension

Qualité de l'ouïe : bonne hypoacousie cophose prothèse auditive interventions chirurgicales

Qualité de la vue : bonne mauvaise cécité lunettes prothèse auditive intervention chirurgicale

Date :

Signature et cachet du médecin

Liste type des documents à fournir à l'entrée en l'établissement

- Relevé d'identité bancaire ou postal
- 2 photos d'identité

EN COPIES

- Livret de famille ou extrait d'acte de naissance
Ou carte nationale d'identité ou carte de séjour
- Carte d'assuré social (Vitale + attestation)
- Carte mutuelle ou attestation d'assurance complémentaire
- Notification d'aide sociale ou récépissé de la demande
- Notification d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- Notification d'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)
- Jugement du tribunal si décision de sauvegarde de Justice, tutelle ou curatelle
- Avis d'imposition ou de non-imposition
- Justification des revenus :
 - Attestations annuelles des caisses de retraite
 - Montants mensuels ou trimestriels des pensions et rentes
 - Notification d'Allocation Adulte Handicapé (AAH)
 - Attestation d'Allocation Logement ou d'Aide Personnalisée au Logement (APL)
- Carte d'invalidité
- Attestation responsabilité civile
- Carte d'ancien combattant
- Carte d'électeur
- Contrat d'obsèques, le cas échéant
- Carte de don du corps, le cas échéant