

# ***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](mailto:ehpad.artistes@wanadoo.fr)

Site : [www.fnagp.com](http://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'O<sub>2</sub>  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			
<b>Cohérence</b> 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
<b>Orientation</b> 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
<b>Toilette</b> 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
<b>Toilette haut</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
<b>Toilette bas</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
<b>Habillage</b> 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	
<b>Alimentation</b> 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
<b>Elimination</b> 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
<b>Transferts</b> 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
<b>Déplacement à l'intérieur</b> 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
<b>Communication</b> 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 récipissé 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