



RÉSIDENCE AUTONOMIE HENRI LUCAS

5 RUE DES MIMOSAS

62980 VERMELLES

Tél : 03 21 26 24 38

DOSSIER MÉDICAL D'ADMISSION

Nom et Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Numéro d'immatriculation :

Caisse d'affiliation :

La personne bénéficie-t-elle de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) ?

.....

Quels sont les motifs de la demande d'admission ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> prévention de perte d'autonomie | <input type="checkbox"/> rompre l'isolement |
| <input type="checkbox"/> avoir un logement adapté et sécurisé | <input type="checkbox"/> décès du conjoint |
| <input type="checkbox"/> profiter des services d'une résidence autonomie | |

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE

À partir du :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immédiatement | <input type="checkbox"/> dans 6 mois |
| <input type="checkbox"/> échéance plus lointaine (préciser :)) | |

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

À savoir : La notion de « personne de confiance » relève de l'article L1111-6 du code de la Santé Publique, introduit par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades. La loi ne donne aucune indication précise sur ce point. On peut cependant en déduire qu'il s'agit toujours d'une personne physique et que son identité est précise. La désignation d'une personne de confiance est une démarche importante, puisque son avis sera sollicité dans des moments graves. Cette désignation peut intervenir à tout moment, elle est valable pour une durée indéterminée, sauf révocation. La personne de confiance ne se substitue pas au patient. Elle peut également être en possession des « directives anticipées » du patient, s'il les a rédigées. Il est souhaitable que le médecin traitant ait en sa possession les coordonnées de la personne de confiance.

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

tutelle

curatelle simple

curatelle renforcée

Gérant ou mandataire :

Téléphone :

Date à laquelle la mesure est entrée en vigueur :

en cours

DIVERS

Dans quels autres établissements avez-vous effectué des demandes ?

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

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné

Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné, en vue de son admission à la Résidence Autonomie Henri Lucas de Vermelles, géré par le Centre Communal d'Action Sociale.

Monsieur / Madame

Je déclare que Mr / Mme

- ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse,
- qu'il (qu'elle) n'est pas atteint(e) d'aucune infirmité ou infection grave,
- que son état de santé est compatible avec la vie en collectivité
- qu'il (qu'elle) se déplace seul(e) et peut ainsi prendre ses repas au restaurant de la Résidence
- autres observations :

.....
.....

Régime alimentaire

OUI

NON

Si OUI, lequel :

Traitement médical :

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

Fait à, le

Cachet et signature



RÉSIDENCE AUTONOMIE HENRI LUCAS

5 RUE DES MIMOSAS

62980 VERMELLES

Tél : 03 21 26 24 38

GRILLE AGGIR

MODE OPÉRATOIRE

Vous devez analyser uniquement l'autonomie de la personne, c'est-à-dire ce qu'elle est capable de faire SEULE, sans intervention d'aucune aide humaine.

Les aides techniques sont considérées comme faisant partie de la personne.

A : fait seule, totalement, habituellement et correctement

B : fait partiellement

C : ne fait pas

Pour exemple, Vous coterez :

A

- Si une personne représentant une incontinence sait gérer seule ses changes et protections.
- Si, porteuse d'une gastrotomie, elle sait s'alimenter en branchant elle-même la sonde.
- Si, bien qu'handicapée motrice, elle sait se déplacer à sa guise en fauteuil roulant.

B

- Cote qui sous-entend une intervention extérieure :
- soit par sollicitation de la personne
- soit en facilitant sa tâche (préparation des vêtements, des repas,...)

C

Dès que l'aidant intervient de façon nette et régulière pour pallier à la perte d'autonomie du patient.

INFORMATIONS	A-B-C	COMMENTAIRES
COHÉRENCE converser et/ou se comporter de manière sensée		
ORIENTATION se repérer dans le temps, les moments et dans les lieux		
TOILETTE concerne l'hygiène corporelle <div style="text-align: right;">HAUT BAS</div>		
HABILLAGE s'habiller, se déshabiller, se présenter <div style="text-align: right;">HAUT BAS MOYEN</div>		
ALIMENTATION manger des aliments préparés <div style="text-align: right;">SE SERVIR MANGER</div>		
ÉLIMINATION assurer l'hygiène de l'élimination <div style="text-align: right;">URINAIRE ANALE</div>		
TRANSFERTS se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport.		
COMMUNICATION À DISTANCE utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme,...)		

GROUPE GIR : _____

GESTION Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE Préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT Prendre et/ou commander un moyen de transport	
ACHATS Acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DE TRAITEMENT Se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE Activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

AIDES TECHNIQUES

FAUTEUIL ROULANT	
CANNES	
DÉAMBULATEUR	
LIT MÉDICALISÉ	
LÈVE-MALADE	
MATÉRIEL À USAGE UNIQUE POUR INCONTINENCE	
AUTRES (Précisez)	

Nom du Médecin : CACHET/SIGNATURE

Date :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX INDISPENSABLES

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET ALLERGIES	ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

PATHOLOGIE(S) PRINCIPALE(S) RETENTISSANT SUR LA VIE QUOTIDIENNE	TROUBLES DU COMPORTEMENT ET/OU DE L'HUMEUR

L'état médical de la personne est-il stabilisé ?

.....
.....

Une nouvelle réévaluation sera-t-elle nécessaire ?

OUI

NON

COVID-19

Un vaccin contre le Covid-19 a-t-il été réalisé ?

OUI

NON

Si oui, lequel ? (merci de préciser le nom du vaccin, la date et le nombre de doses reçues)

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

SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX EN COURS

--

PANSEMENTS	
SONDES	
STOMIES	
TRACHÉOTOMIE	
OXYGÉNOTHÉRAPIE	_____ - l/mm _____ h/24h

Si la personne porte un appareillage, précisez lequel :.....

ORGANES DE SENS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aucune déficience | <input type="checkbox"/> légère déficience ou appareillage |
| <input type="checkbox"/> déficit important non compensé | <input type="checkbox"/> sourd – aveugle - aphasique |

Soins de kinésithérapie (précisez) :
.....
.....

Le pensionnaire peut-il se déplacer seul ?.....

Peut-il monter des escaliers ?

Peut-il prendre ses repas au restaurant de la résidence ?

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Présente-t-il un handicap moteur ? _____

Le conjoint et/ou la famille peuvent-ils assumer une garde éventuelle ?.....

Autres observations :

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

Renseignements sur la personne ayant rempli le dossier :

Nom – Prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

Date :

Signature de la personne
ayant établi la demande

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

Les informations recueillies dans ce document font l'objet d'un traitement destiné à la gestion administrative de la Résidence Autonomie Henri-Lucas de Vermelles. La destinataire des données est Madame la Directrice de l'établissement.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant en vous adressant à Madame la Directrice – Résidence Autonomie Henri-Lucas – 5 rue des Mimosas – 62980 VERMELLES.