

OSMONDE – Les Maisons Partagées d'Âges sans frontières



NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

Dossier de pré-admission

SITE OSMONDE SOUHAITÉ :

.....

9 Rue Caraven Cachin

81630 SALVAGNAC

Tel : 05.63.33.55.88 – Fax : 05.63.33.65.45

Mail: contact@asso-asf.fr

- ☐ Le résident
- ☐ La famille
- ☐ Le tuteur ou curateur
- ☐ Le médecin
- ☐ L'IDE libérale
- ☐ L'assistante sociale
- ☐ Autre (préciser) :

MOTIF DE LA VENUE A LA MAISON PARTAGÉE :

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



INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne qui sollicite une entrée en Maison Partagée OSMONDE doit adresser un dossier comprenant :

- Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou son représentant légal ;
- Un volet médical, complété, daté et signé par le médecin traitant, à mettre sous pli confidentiel, qui permet au médecin référent de la structure d'émettre un avis sur la capacité de celle-ci à assurer à la personne une prise en charge efficiente et adaptée.

CE DOSSIER PERMET UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE MAIS SON DÉPÔT, NE PEUT ÊTRE ASSIMILÉ À UNE ADMISSION SYSTÉMATIQUE.

CE DOSSIER DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ DE LA PHOTOCOPIE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU NON-IMPOSITION
- LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS

AU MOMENT DE L'ENTRÉE UN CERTAIN NOMBRES DE PIÈCES JUSTIFICATIVES COMPLÉMENTAIRES SERA DEMANDÉ

NB : Pour tout renseignement complémentaire : habilitation à l'aide sociale, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie, il convient de contacter les services compétents du Conseil Départemental.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Civilité: ☐ **Madame** ☐ **Monsieur**

Nom de famille (de naissance):

Prénom(s):

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Pays ou Dpt:

Adresse:

Téléphone: ____-____-____-____-____ Adresse mail:

☐ CPAM ☐ MSA ☐ AUTRE (préciser):

N° immatriculation (13 chiffres):.....

☐ A.L.D

☐ Mutuelle (laquelle):.....

N° adhérent:.....

SITUATION DE FAMILLE

☐ **Célibataire**

☐ **Marié(e)**

☐ **Pacsé(e)**

☐ **Veuf (ve)**

☐ **Divorcé(e)** ☐ **Séparé(e)**

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

☐ **Curatelle**

☐ **Tutelle**

☐ **Sauvegarde de justice**

☐ **Demande en cours**

☐ **pas de mesure de protection juridique**

Adresse du tuteur ou curateur :.....

Téléphone:

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint...):

ÉTAT CIVIL DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Civilité: ☐ **Madame** ☐ **Monsieur**

Nom de famille (de naissance):

Prénom(s):

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Pays ou Dpt:

Adresse:

Téléphone: ____-____-____-____-____ Adresse mail:

DOSSIER ADMINISTRATIF

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI :

Nom de famille (de naissance) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Pays ou Dpt :

Adresse :

Téléphone fixe : ____-____-____-____-____ Téléphone portable: ____-____-____-____-____

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

DEMANDE

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Logement foyer ☐ EHPAD ☐ Hôpital ☐ SSIAD/SAD ☐

Autre (précisez)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou su service

Situation de la personne est-elle informée de la demande ? ☐ OUI ☐ NON

Situation de la personne est-elle consentante (à la demande) ? ☐ OUI ☐ NON

COORDONNÉES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même ? ☐ OUI ☐ NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter

Nom de famille (de naissance) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Pays ou Dpt :

Adresse :

Téléphone fixe : ____-____-____-____-____ Téléphone portable: ____-____-____-____-____

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

COORDONNÉES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter

Nom de famille (de naissance):

Prénom(s):

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Pays ou Dpt:

Adresse:

Téléphone fixe: ____-____-____-____-____

Téléphone portable: ____-____-____-____-____

Adresse mail: _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée:

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer
ses frais de séjour?

☐ Seule

☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement

☐ OUI

☐ NON

☐ DEMANDE EN COURS ENVISAGÉE

Aide logement (ALS)

☐ OUI

☐ NON

☐ DEMANDE EN COURS ENVISAGÉE

Allocation personnalisé à l'autonomie

☐ OUI

☐ NON

☐ DEMANDE EN COURS ENVISAGÉE

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE: ☐ Immédiat

☐ Dans les 6 mois

☐ Échéance plus lointaine

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN SÉJOUR TEMPORAIRE: ____/____/____

DATE DE LA DEMANDE: ____/____/____

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

DOSSIER MÉDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNÉE

Civilité: ☐ **Madame** ☐ **Monsieur**

Nom de famille (de naissance):

(Suivi s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s):

Date de naissance:

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement ☐ Fin/retour d'hospitalisation ☐ Maintien à domicile difficile ☐

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone):

ANTÉCÉDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

ALLERGIES

☐ **OUI**

☐ **NON**

SI OUI, précisé

CONDUITE A RISQUE

OUI

NON

TAILLE

cm

POIDS

kg

FONCTIONS SENSORIELLES: CÉCITÉ

☐ **OUI**

☐ **NON** SURDITÉ

☐ **OUI**

☐ **NON**

RISQUE FAUSSE ROUTE:

☐ **OUI**

☐ **NON**

RÉÉDUCATION: KINÉSITHÉRAPIE

☐ **OUI**

☐ **NON** ORTHOPHONIE

☐ **OUI**

☐ **NON**

AUTRE (préciser):

DOSSIER MÉDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C	SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
TRANSFERT							
DÉPLACEMENTS	À l'intérieur				Idées délirantes		
	À l'extérieur				Hallucinations		
TOILETTE	Haut				Agitation, agressivité (cris...)		
	Bas				Dépression		
ÉLIMINATION	Urinaire				Anxiété		
	Fécale				Apathie		
HABILLAGE	Haut				Désinhibition		
	Moyen				Troubles du sommeil		
	Bas				Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risques de sorties non accompagnées)		
ALIMENTATION	Se servir						
	Manger						
ORIENTATION	Temps						
	Espace						
COMMUNICATION POUR ALERTER							
COHÉRENCE							

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pacemaker		
Autres (préciser)		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉS	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée de soin		
Type de pansement		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS...)

MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom de famille (de naissance): Prénom(s):

Adresse:

DATE DE LA DEMANDE: ____/____/____

SIGNATURE + CACHET DU MÉDECIN

DOCUMENTS À FOURNIR

- ☐ La Carte vitale
- ☐ l'attestation papier **à jour** des droits (CPAM ou MSA ou autre caisse)
- ☐ La Carte de mutuelle **à jour**
- ☐ Justificatif de votre assurance responsabilité civile valable **au sein de la structure**
- ☐ Copie du Livret de famille (s'il en existe un)
- ☐ un acte de naissance
- ☐ notification officielle de la mise sous tutelle, curatelle, habilitation familiale ou sauvegarde de justice
- ☐ Copie de la Carte d'identité
- ☐ Copie de la carte d'invalidité (s'il y en a une)
- ☐ Un RIB original
- ☐ **La Dernière Ordonnance du médecin traitant mentionnant le traitement en cours**