



DOSSIER DE PRE-ADMISSION

NOM :

PRENOM :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :



Maison de Retraite

Belcantou

81 340 TREBAS

05 63 55 84 09

belcantou@wanadoo.fr



DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Réf : 004.D.DPA AA
Date : 18.07.2013
Page 3 sur 5

Renseignements Socio-Administratifs

Nom : _____

Prénom :

Nom de Jeune Fille :

Né(e) le : *A :*

Nationalité :

Situation familiale : Célibataire - Marié - Veuf - Divorcé – Séparé

Adresse personnelle :

N° de Tel :

Profession antérieure :

Année de départ à la retraite :

Nom et prénom des enfants (par ordre de naissance) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom, adresse et N° de Tel du correspondant référent :

.....

.....



DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Réf : 004.D.DPA AA
Date : 18.07.2013
Page 4 sur 5

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

- CPAM
- MSA
- AUTRES (préciser) :

N° identification :

- MUTUELLE (Nom et numéro) :

MESURE DE PROTECTION CIVILE

(rayez les mentions inutiles)

Aucune - Sauvegarde de justice - Curatelle - Tutelle

Nom, prénom, adresse et N° de tel du tuteur ou curateur :

CONSIGNES EN CAS DE DECES

Contrat obsèques : OUI / NON

Si oui références des pompes funèbres :

Retour du corps à domicile : à

Lieu de l'inhumation : à

Caveau : à

Don du corps à la médecine

Incinération

ALLOCATIONS

APA : OUI / NON

Si oui : versée par le Conseil Général de

N° de dossier :votre GiR.....

ALLOCATION LOGEMENT : OUI / NON

Si oui versée par :

N° de dossier :



HABITUDES DE VIE

HABITAT : Urbain – Rural - Maison individuelle - Appartement

AIDE A DOMICILE : OUI – NON

SOMMEIL : heures de lever ?.....heures de coucher ?.....
Normal - Somnifères - Agitation nocturne

DEPLACEMENT :

Marche seul Marche avec aide

Utilise du matériel spécifique : Canne Déambulateur Fauteuil

ALIMENTATION :

Mange seul Avec aide : Partielle Totale

Texture : Normale Mixée Hachée Sonde gastrique

Régime : Diabétique Sans sel Autre :.....

Prothèse dentaire Allergies alimentaires :.....

HYGIENE :

Seul

Avec Aide :

Au lit

Partielle

Au lavabo

Totale

ELIMINATION :

Normale Avec laxatifs Couches de jour Couches de nuit

Urines

Continent

Selles

Incontinent

Incontinence partielle

AIDES DIVERSES :

Lit médicalisé Matelas anti-escarres Fauteuil garde robe Autres :

PROTHESES :

Appareil auditif Lunettes Autres :

RELIGIONS ET CROYANCES :

Lesquelles :.....

Pratiquant(e) : OUI / NON (rayez la mention inutile)

LOISIRS :

Activités culturelles : Activités artistiques :.....

Activités sportives : Activités manuelles :.....

Activités sociales :

ANIMAL DE COMPAGNIE :.....