



## 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 :**.....