



Résidence « Les Jardins d'Escudié »

Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
17, rue de la Madeleine - 81000 ALB1 - Tél : 08 26 10 44 40 – 05 67 67 60 00

DOSSIER D'INSCRIPTION

Date de réception de l'inscription.....N°.....

Nom de la personne qui présente la demande.....

Lien de parenté Signature

IDENTITE DE LA PERSONNE QUI SERA RESIDANTE

Nom.....Prénom

Adresse
.....
.....

TelDate de naissance..... Lieu.....

ADHEREZ-VOUS AU PROJET DE RENTRER DANS NOTRE ETABLISSEMENT ?

OUI NON

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI SERA RESIDANTE

Etes-vous ?

Marie(e) Célibataire Veuf(ve) Autre.....

Avez-vous des enfants ? OUI combien..... NON

Vivent-ils dans l'Albigeois ? OUI NON

VIVEZ VOUS HABITUELLEMENT ?

à votre domicile en centre d'hébergement temporaire, lequel.....

chez vos enfants en foyer logement autre.....

AVEZ VOUS ETE HOSPITALISE RECEMMENT ?

- NON
- OUI

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

BENEFICIEZ VOUS ACTUELLEMENT ?

- Télé alarme Repas à domicile Autre
- Aide ménagère ou aide à domicile :heures / semaine
- Soins Infirmierspassages 1 jour Nom de l'infirmier (ère)

PERCEVEZ VOUS L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (A.P.A) ? OUI

indiquez votre G.I.R si connu

- NON
- EN COURS

Ou une autre allocation et laquelle.....

QUELLES SONT VOS CAISSES DE RETRAITE ?

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

NIVEAU DES REVENUS MENSUELS

- de 1.300 euros à 1.600 euros (10.500 Frs)
- plus de 1.600 euros (10.500 Frs)

Aides éventuelles à solliciter

- Allocation Logement A.P.A

BENEFICIEZ-VOUS D'UN REGIME DE PROTECTION JURIDIQUE ?

- Sauvegarde Curatelle Tutelle

Personne désignée :

Nom.....

Adresse.....

.....

Tél.....



OBSERVATIONS

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

SOUHAITEZ VOUS voir tarifs en vigueur ci joints	Mettre une croix et observations
Etre seul(e) dans une chambre simple	
Etre à 2 dans une grande chambre avec votre conjoint ou un autre Résidant	
Accepteriez vous d'être avec un autre Résidant dans une Grande chambre dans l'attente de la disponibilité d'une chambre simple ?	
Etre seul(e) dans une grande chambre	

Nous pouvons également vous proposer de l'hébergement temporaire suivant nos disponibilités.

RAPPEL DE L'INSCRIPTION

Date.....

Observations

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

PERSONNE A CONTACTER

1- Nom Prénom.....

Adresse.....

.....

Lien de parenté Tél.....

Etablissement souhaité en cas d'hospitalisation.....

2- Nom Prénom.....

Adresse.....

.....

Lien de parenté Tél.....

Etablissement souhaité en cas d'hospitalisation.....



Résidence « Les Jardins d'Escudié »

Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
17, rue de la Madeleine - 81000 ALB1 - Tél : 08 26 10 44 40 – 05 67 67 60 00

Madame, Monsieur, Docteur

La maison de retraite « Les Jardins d'Escudié » est ouverte depuis le 1^{er} Octobre 2007.
Maison de retraite médicalisée, elle peut accueillir toute personnes âgées quel que soit le degré de dépendance et d'autonomie.

Nous vous transmettons un dossier d'inscription pour la Maison de retraite « les jardins d'Escudié ».

Nous nous tenons à votre disposition pour tous compléments d'information au 05 67 67 60 00, sur demande, nous vous adresserons le livret d'accueil.

L'admission est prononcée par le directeur après rencontre avec la personne concernée et son entourage, sur avis du médecin coordonnateur de la Maison de retraite des Jardins d'Escudié et en fonction :

- de la place de la personne âgée sur la liste d'attente,
- de l'urgence de son admission qui peut être caractérisée par son isolement, sa dépendance ou la situation de son entourage.
- de son degré de dépendance,
- de la compatibilité de ses pathologies avec les missions et les moyens de la maison au moment de l'admission.

N'oubliez pas de joindre les documents suivants afin de confirmer l'admission :

- Le dossier médical,
- Une copie de la Carte Vitale,
- Une copie de la Mutuelle Complémentaire,
- Un Certificat d'Assurance Responsabilité Civile,
- Les coordonnées des membres de la famille,
- Le livret de famille,
- Une copie de la Carte d'Identité
- La fiche de réservation remplie ainsi qu'un chèque de caution de 1800 €.

La Direction

FIC DR 001





Résidence « Les Jardins d'Escudié »

Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
17, rue de la Madeleine - 81000 ALB1 - Tél : 08 26 10 44 40- 05 67 67 60 00

RESERVATION

Je soussigné(e),.....
Confirme la réservation d'une chambre à la Maison de retraite « Les Jardins d'Escudié »
pour Mr/Mme.....
Ci-joint le règlement du chèque de réservation d'un montant de.....

Date :

Signature :

FIC DR 001



DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION CONFIDENTIEL

NOM: _____ PRENOM: _____ NE(E) LE: _____ SEXE: _____

MEDECIN TRAITANT:

Tél: _____

TAMPON

DOSSIER REMPLI LE:

LA PERSONNE EST ELLE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE?	OUI	NON	NSP
EN EST ELLE INFORMEE?	OUI	NON	NSP
Y ADHERE T ELLE?	OUI	NON	NSP

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

POIDS:

TAILLE:

ALLERGIES CONNUES (médicamenteuses, alimentaires)	*	
	*	
VACCINATIONS	TETANOS PNEUMO 23 GRIPPE Anuelle:	Date dernière injection: Date dernière injection OUI NON
LES ANTECEDENTS		
MEDICAUX * * * * * * * * * *	CHIRURGICAUX * * * * * * * * * * 1	PSYCHIATRIQUES * *
PATHOLOGIES CHRONIQUES EN COURS * * * * *	ALD	TRAITEMENTS EN COURS * * * * *
SOINS PARA MEDICAUX	PANSEMENTS	
	ACTE DE KINE	
REGIME: OUI LEQUEL NON	AUTRES SOINS	



EVALUATION DES BESOINS

FONCTIONS SUPERIEURES	EPISODES DE FUGUES		RECENTS (DE L'ANNEE) <input type="checkbox"/>
			ANCIENS <input type="checkbox"/>
	ATTEINTE DU LANGAGE <input type="checkbox"/>		LE DIAGNOSTIC A-T-IL ETE RECHERCHE? LEQUEL?
	TROUBLES DEPRESSIFS <input type="checkbox"/>		TROUBLES NEUROLOGIQUES <input type="checkbox"/>
TROUBLE PSYCHO-COMPORTEMENTAL	APATHIE <input type="checkbox"/>		EPISODES CONFUSIONNELS <input type="checkbox"/>
	AGRESSIVITE <input type="checkbox"/>		AGITATION PSYCHOMOTRICE <input type="checkbox"/>
	OPPOSITION AUX SOINS <input type="checkbox"/>		TROUBLES DU SOMMEIL <input type="checkbox"/>
	COMPORTEMENT <input type="checkbox"/>		DEAMBULATION <input type="checkbox"/>
TOILETTE ET HABILLAGE	PERTURBATEUR <input type="checkbox"/>		
	SEUL ET NORMALEMENT <input type="checkbox"/>		
	AVEC SURVEILLANCE <input type="checkbox"/>		
	NECESSITANT UNE AIDE PARTIELLE <input type="checkbox"/>		
ALIMENTATION	NECESSITANT UNE AIDE TOTALE <input type="checkbox"/>		
	SEUL ET NORMALEMENT <input type="checkbox"/>		
	AVEC SURVEILLANCE <input type="checkbox"/>		
	STIMULER <input type="checkbox"/>		
	AIDER <input type="checkbox"/>		
	AVEC RISQUE DE FAUSSE ROUTE <input type="checkbox"/>		
DEPLACEMENT	AUTONOME (SEUL) <input type="checkbox"/>		DEAMBULATEUR <input type="checkbox"/>
			CANNE DE MARCHE <input type="checkbox"/>
	NON AUTONOME (ACCOMPAGNE) <input type="checkbox"/>		FAUTEUIL ROULANT <input type="checkbox"/>
			DESCENDRE QUELQUES MARCHES <input type="checkbox"/>
			CHUTE DANS LES 3 DERNIERS MOIS <input type="checkbox"/>
TRANSFERT	AUTONOME (SEUL)		
			LIT- FAUTEUIL <input type="checkbox"/>
			FAUTEUIL-DEBOUT <input type="checkbox"/>
			VERTICALISATION POSSIBLE <input type="checkbox"/>
ELIMINATION	TRANSFERT IMPOSSIBLE <input type="checkbox"/>		
	CONTINENCE TOTALE <input type="checkbox"/>		
	INCONTINENCE <input type="checkbox"/>	URINAIRE <input type="checkbox"/>	GERE SEUL SON INCONTINENCE <input type="checkbox"/>
RESPIRATION			GERE SEUL SON INCONTINENCE <input type="checkbox"/>
	FECALE <input type="checkbox"/>		
	SEUL ET NORMALEMENT <input type="checkbox"/>		
SENS	SOUS O2 <input type="checkbox"/>		
	TRACHEOTOMIE <input type="checkbox"/>		
	TROUBLE DU GOUT		NON OUI
	TROUBLE DE L'ODORAT		NON OUI
TROUBLE DE L'AUDITION		NON OUI	
TROUBLE DE LA VUE		NON OUI	