



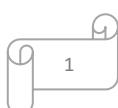
DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

Résidence Autonomie Van Gogh

35 rue Louis Seigneur
59170 CROIX
Tél : 03.20.36.91.34
Mail : contact.residence-vangogh@alefpa.fr



A remplir accompagné des pièces suivantes :



- Copie de la carte vitale
- Copie de la carte de mutuelle en cours de validité
- Copie de la carte ou du carnet de vaccination
- Copie du dernier avis d'imposition
- Copie de l'ordonnance de protection juridique (s'il y a lieu)
- Copie du livret de famille
- Copie de la carte d'identité (recto/verso)

Cette liste sera à compléter lors de l'admission.

Identité :

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille	
Date de naissance : / /	Age : ans
Lieu de naissance :	
☎	Mail : @.....
Sexe : Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Situation familiale :	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	
<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	
Nombre d'enfants :	
Profession exercée avant la retraite :	

Renseignements concernant la demande :

Qui est à l'origine de la demande d'admission :

Raisons motivant cette demande :

Date d'entrée souhaitée : / /

La personne est-elle favorable à cette admission ? **Oui** **Non**

Si non, pourquoi ?

Modalités d'hébergement souhaité :

Appartement T1 bis de 35 m²

Appartement T2 de 50 m²

Ressources

Caisse de retraite principale :

Nom de l'organisme :

Adresse :

Numéro d'adhérent :

Montant annuel : €

Caisse de retraite complémentaire : **Oui** **Non**

Nom de l'organisme :

Adresse :

Numéro d'adhérent :

Montant annuel : €

Nom de l'organisme :

Adresse :

Numéro d'adhérent :

Montant annuel : €

Aides financières :

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : Oui Non En cours

Numéro de dossier : GIR évalué

Aide Personnalisée au Logement (APL) : Oui Non En cours

Caisse d'Allocations Familiales de

Numéro d'allocataire CAF :

Autres ressources :

Couverture sociale

Numéro de Sécurité Sociale : Clé

Organisme de Sécurité Sociale :

Nom :

Adresse :

Personne en ALD 100 % : Oui Non En cours de demande

Motif : Date de validité :

Mutuelle complémentaire : Oui Non En cours

Nom :

Adresse :

Numéro d'adhérent :

Médecin traitant : Oui Non En cours

Nom :

Adresse:

.....

Mail :

Situation actuelle

La personne se trouve actuellement :

- A domicile
- Au domicile d'un membre de la famille

Adresse :

Personne à contacter :

Date de sortie prévue :

A l'hôpital ou dans une clinique

Nom et adresse :

Personne à contacter (Service social, responsable d'unité, etc.) :

Dans un autre établissement

Nom et adresse :

Service :

Personne à contacter (médecin coordonnateur, responsable, etc.) :

.....

Autres

A préciser :

Nom et adresse :

Personne à contacter :



Date de sortie prévue :

Environnement familial et social

Mesure de protection juridique :

Oui Non Date : En cours

Nature : Curatelle Tutelle Sauvegarde de Justice

Date de validité :

Nom et prénom du mandataire judiciaire à la protection des majeurs :

Statut : Famille Association Privé Proche

Adresse :

 Mail :@.....

Personne à contacter par ordre de priorité :

Nom :

Adresse :

Lien : 

Nom :

Adresse :

Lien : 

Nom :

Adresse :

Lien : 

Personne de confiance :

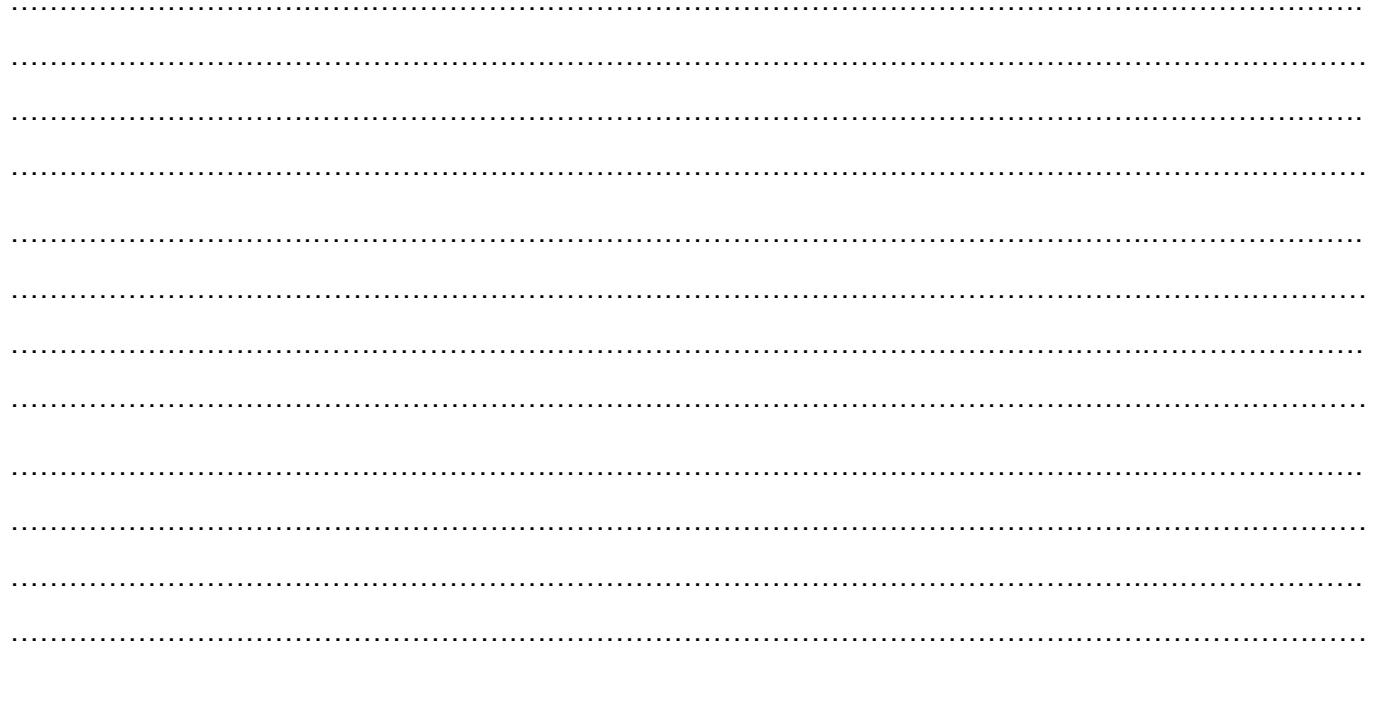
Nom :

Adresse :

Lien :



Comment percevez-vous les niveaux actuels de dépendance d'autonomie de votre proche ?





DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION

Résidence Autonomie Van Gogh

35 rue Louis Seigneur
59170 CROIX
Tél : 03.20.36.91.34
Mail : contact.residence-vangogh@alefpa.fr



Ce dossier doit être remis sous pli cacheté au Médecin coordonnateur de la Résidence Autonomie.

Identité et coordonnées du demandeur :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / /

Prise en charge actuelle :

Hôpital de Jour Accueil de Jour Hospitalisation à domicile
 Prise en charge par le Médecin de ville Prise en charge psychiatrique

Raison(s) médicale(s) et/ou sociale(s) conduisant à une demande d'admission :

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

DOSSIER ETABLIS PAR

Coordonnées du Médecin rédacteur :

Nom :

Prénom :

Adresse :



Si le Médecin rédacteur n'est pas le Médecin traitant :

Nom du Médecin traitant:

Adresse :



Fait à
Le

Cachet et signature :

SITUATION ACTUELLE

Dernier poids connu :

Troubles cognitifs : Oui Non

Qualificatifs du comportement :

<input type="checkbox"/> Coopération	<input type="checkbox"/> Dynamisme	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Passivité	<input type="checkbox"/> Opposition
<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Déambulation	<input type="checkbox"/> Fugue
<input type="checkbox"/> Anxiété/Angoisse	<input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Cris
<input type="checkbox"/> Episode délirant		

GIR :

Date d'évaluation du GIR :

Episode de chute. A préciser :

.....

.....

Consommation excessive (tabac, alcool, etc.) : Oui Non

Si oui, à préciser :

.....

.....

Etat vaccinal :
Tétanos Date :

Hépatite B Date :

Grippe : Date :

Le patient est-il porteur d'un germe multi-résistant ? Oui Non

Lequel ?

Localisation :

Patient en ALD : Oui Non Motif :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergies connues : Oui Non

aux médicaments au pollen alimentaire

Précisez :

Appareil cardio vasculaire

<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique
<input type="checkbox"/> Infarctus	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Pacemaker
<input type="checkbox"/> Troubles du rythme	<input type="checkbox"/> Phlébite	<input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Contention veineuse	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Valvulopathie

Précisions :

Suivi effectué par le Docteur

Appareil respiratoire - ORL

<input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire chronique	<input type="checkbox"/> Broncho-pneumopathie chronique	<input type="checkbox"/> Broncho-emphysème
<input type="checkbox"/> Surinfection bronchique à répétition	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Tuberculose récente
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Trachéotomie	

Précisions :

Suivi effectué par le Docteur

Système neurologique et psychiatrique

<input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre et chutes	<input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique	<input type="checkbox"/> Syndrome extrapyramidal
<input type="checkbox"/> Affection du système nerveux central	<input type="checkbox"/> Comitialité	<input type="checkbox"/> Séquelles d'AVC

Résultat MMS : Date de réalisation :

Date du dernier scanner cérébral :

Résultat :

Troubles psycho-comportementaux

<input type="checkbox"/> Dépression nerveuse	<input type="checkbox"/> Angoisse	<input type="checkbox"/> Anxiété
<input type="checkbox"/> Trouble du sommeil		

Etat psychique :

<input type="checkbox"/> Désorientation	<input type="checkbox"/> Opposition	<input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire
<input type="checkbox"/> Trouble du caractère	<input type="checkbox"/> Déambulation	<input type="checkbox"/> Fugue

Précisions :

.....

Suivi par le Neurologue :

Suivi par le Psychiatre :

Appareil locomoteur et rhumatologie

Arthrose symptomatique			
<input type="checkbox"/> Hanches	<input type="checkbox"/> Epaules	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Rachis
Pathologie des pieds			
<input type="checkbox"/> Hallux	<input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/> Semelles orthopédique	
Autres pathologies			
<input type="checkbox"/> Rhumatisme inflammatoire	<input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Déformation rachidienne	<input type="checkbox"/> Prothèse
<input type="checkbox"/> Fractures			

Précisions :

.....

Suivi par le Docteur :

Appareil digestif

<input type="checkbox"/> Ulcère gastrique ou duodénal	<input type="checkbox"/> Pathologies hépatiques	<input type="checkbox"/> Eventration	<input type="checkbox"/> Colostomie
<input type="checkbox"/> Colopathie	<input type="checkbox"/> Dénutrition	<input type="checkbox"/> Amaigrissement	
<input type="checkbox"/> Régurgitation	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Lithiase biliaire	troubles du transit
Pathologie rectale			
<input type="checkbox"/> Hémorroïdes	<input type="checkbox"/> Fissure	<input type="checkbox"/> Prolapsus	

Précisez les antécédents chirurgicaux et les dates :

.....

Suivi par le Docteur :

Appareil urinaire

<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Infection récidivante	urinaire	<input type="checkbox"/> Pathologie vésico-prostatique	<input type="checkbox"/> Prolapsus
<input type="checkbox"/> Lithiase	<input type="checkbox"/> Cancer		<input type="checkbox"/> Pyélonéphrite	

Précisions :

Suivi par l'Urologue :

Suivi par le Néphrologue :

Appareil génital

<input type="checkbox"/> Cancer utérin	<input type="checkbox"/> Cancer ovarien	<input type="checkbox"/> Prolapsus	<input type="checkbox"/> Cancer du sein
--	---	------------------------------------	---

Précisions :

Suivi par le Docteur :

Métabolisme et endocrinologie

<input type="checkbox"/> Diabète insulinodépendant	<input type="checkbox"/> Diabète non insulinodépendant	<input type="checkbox"/> Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/> Trouble de l'hydratation
<input type="checkbox"/> Autre :			

Précisions :

Suivi par le Docteur :

Hématologie

<input type="checkbox"/> Anémie chronique	<input type="checkbox"/> Lymphome	<input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/> Hémochromatose
<input type="checkbox"/> Date Transfusion sanguine :			

Précisions :

Suivi par le Docteur :

Dermatologie

<input type="checkbox"/> Escarres	<input type="checkbox"/> Mycoses récidivantes	<input type="checkbox"/> Ulcères	<input type="checkbox"/> Kératoses pré néoplasique
-----------------------------------	---	----------------------------------	--

Précisez la localisation, le stade, le traitement :

.....

Suivi par le Docteur :

Ophtalmologie

<input type="checkbox"/> Glaucome	<input type="checkbox"/> Mal voyance	<input type="checkbox"/> Cécité	<input type="checkbox"/> Cataracte
<input type="checkbox"/> DMLA	<input type="checkbox"/> Ectropion		

Précisions (interventions) :

.....

Suivi par le Docteur :

Traitements en cours (dosage - posologie)

Nom du médicament	Matin	Midi	Après-midi	Soir	Coucher

Régime alimentaire prescrit : lequel ?

Soins infirmiers : Lesquels ?

Fréquence

Kinésithérapie : Objectif ?

Fréquence

Orthophonie : Objectif ?

Fréquence

Soins de pédicure : Lesquels ?

Fréquence

Oxygène : Débit

Sonde O²

Lunette O²

Continu

Discontinu

Extraction O²

Bouteille O²

Par qui a été instaurée l'oxygénothérapie ?

Nom du prestataire :

Trachéotomie Canule changée par :

Tous les

Nom du prestataire :

Assistance respiratoire

Nom du prestataire :

Sonde gastrique

Nom du prestataire :

Sonde urinaire Changée tous les

Dernière pose le

Nom du prestataire :

Stomie

Laquelle ? Poche changée par Tous les

Dialyse

Laquelle ? Lieu

Prothèse

Oculaire Précisez

Membre Précisez

Autres Précisez

Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalement C = Correctement	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales
		S	T	C	H	Code	
1/Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage intermédiaire</u> Pour chaque item, cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON). Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les 4 cases S à H.
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2/Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> Si aucun adverbe n'est coché : codez A (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) Si tous les adverbes sont cochés : codez C (Ne fait pas) Si une partie des adverbes seulement est cochée : codez B
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3/Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage final si sous-variables</u> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Toilette : AA = A CC = C Autres = B Habilage : AAA = A CCC = C Autres = B Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4/Habilage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage final si sous-variables</u> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Toilette : AA = A CC = C Autres = B Habilage : AAA = A CCC = C Autres = B Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5/Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage final si sous-variables</u> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Toilette : AA = A CC = C Autres = B Habilage : AAA = A CCC = C Autres = B Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6/Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage final si sous-variables</u> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Toilette : AA = A CC = C Autres = B Habilage : AAA = A CCC = C Autres = B Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7/Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage final si sous-variables</u> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Toilette : AA = A CC = C Autres = B Habilage : AAA = A CCC = C Autres = B Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B
8/Déplacement à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9/Déplacement à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage final si sous-variables</u> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Toilette : AA = A CC = C Autres = B Habilage : AAA = A CCC = C Autres = B Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B
10/Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11/Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage final si sous-variables</u> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Toilette : AA = A CC = C Autres = B Habilage : AAA = A CCC = C Autres = B Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B
12/Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13/Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage final si sous-variables</u> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Toilette : AA = A CC = C Autres = B Habilage : AAA = A CCC = C Autres = B Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B
14/Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15/Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Codage final si sous-variables</u> <ul style="list-style-type: none"> Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B Toilette : AA = A CC = C Autres = B Habilage : AAA = A CCC = C Autres = B Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B
16/Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17/Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Groupe Iso-ressources Défini par le système informatique

TARIFS DE LA RESIDENCE 2025

	30 jours	31 jours
Appartement T1 bis de 35 m ²	26.29 € x 30 jours = 788.62 €	26.29 € x 31 jours = 814.91 €
Appartement T2 de 50 m ²	36.61 € x 30 jours = 1098.26 €	36.61 € x 31 jours = 1134.87 €

Ce tarif comprend :

- Le loyer + les charges (eau, électricité, chauffage) + les charges communes (entretien des parties communes, personnel, etc.) + les animations + la téléassistance

L'entretien de l'appartement et les repas sont à la charge du résident.

Le prix de journée est fixé par le Conseil Départemental et réévalué chaque année.

La Caisse d'Allocation Familiale (CAF) peut accorder l'Aide Personnalisée au Logement (APL) sous conditions de ressources.

PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER D'ENTREE A LA RESIDENCE

- Livret de famille
- Attestation de sécurité sociale
- Attestation de mutuelle
- N° d'affiliation à la Caisse d'Allocations Familiales
- Ordonnance de Protection juridique (le cas échéant)
- Justification de toutes vos pensions (relevés annuels)
- Les deux derniers avis d'imposition
- Pour les locataires : les 3 dernières quittances de loyer
- Pour les propriétaires : un titre de propriété
- Relevé d'identité bancaire
- Pièce d'identité en cours de validité (à défaut un titre de séjour en cours de validité)
- Une photo d'identité récente
- Grille GIR
- Evaluation MMS
- Convention obsèques

Le jour de la signature du bail :

- Une attestation d'assurance pour le logement
- Un chèque de dépôt de garantie de 788.62 euros pour un T1 bis ou 1098.26 euros pour un T2