



## DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

### Résidence Autonomie Van Gogh

35 rue Louis Seigneur

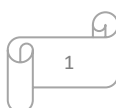
59170 CROIX

Tél : 03.20.36.91.34

Mail : [contact.residence-vangogh@alefpa.fr](mailto: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 m<sup>2</sup> ☐

Appartement T2 de 50 m<sup>2</sup> ☐

### **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 : .....

En cas d'urgence, lieu d'hospitalisation souhaité :

.....

### **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 : .....

.....

Service : .....

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

.....

☎ .....

Date de sortie prévue : .....

☐ Dans un autre établissement

Nom et adresse : .....

.....

Service : .....

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

.....

☎ .....

Date de sortie prévue : .....

☐ 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 ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ASSOCIATION LAÏQUE POUR L'ÉDUCATION, LA FORMATION,  
LA PRÉVENTION ET L'AUTONOMIE

## 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](mailto: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 ETABLI 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/Angosse  | <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 urinaire récidivante	<input type="checkbox"/> Pathologie vésio-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 insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Diabète non insulino-dépendant	<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

.....

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		

---

Traitement 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 O<sup>2</sup> ☐ Lunette O<sup>2</sup>

☐ Continu ☐ Discontinu

☐ Extraction O<sup>2</sup> ☐ Bouteille O<sup>2</sup>

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 .....

CONFIDENTIEL



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	Code final	
1/Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<p><u>Codage intermédiaire</u></p> <p>Pour chaque item, cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les 4 cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si aucun adverbe n'est coché : <b>codez A</b> (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)</li> <li>Si tous les adverbes sont cochés : <b>codez C</b> (Ne fait pas)</li> <li>Si une partie des adverbes seulement est cochée : <b>codez B</b></li> </ul> <p><u>Codage final si sous-variables</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B</li> <li>Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AB, BA, BB = B</li> <li>Toilette : AA = A CC = C Autres = B</li> <li>Habillage : AAA = A CCC = C Autres = B</li> <li>Alimentation : AA = A CC, CB, BC = C Autres = B</li> <li>Elimination : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C Autres = B</li> </ul>
	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"/>			
	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"/>			
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4/Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	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"/>			
	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"/>			
	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"/>			
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"/>			
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"/>			
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"/>			
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"/>			
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"/>			<p>Groupe Iso-ressources</p> <p>Défini par le système informatique</p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; float: right;"></div>

---

## TARIFS DE LA RESIDENCE 2025

---

	30 jours	31 jours
Appartement T1 bis de 35 m <sup>2</sup>	26.29 € x 30 jours = 788.62 €	26.29 € x 31 jours = 814.91 €
Appartement T2 de 50 m <sup>2</sup>	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