



TAMPON ETABLISSEMENT

DEMANDE D'ADMISSION EN RESIDENCE PERSONNES AGEES (RPA)

DOSSIER ADMINISTRATIF ET SOCIAL

SITUATION ADMINISTRATIVE DU RESIDENT

Nom-----

Nom de jeune fille-----Prénoms-----

-----Adresse-----

-----Date de naissance-----/-----/-----

Téléphone-----/-----/-----/-----/----- Portable-----/-----/-----/-----/-----

Courriel-----@-----

Situation : Veuf (ve) Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Concubinage Pacs

Protection juridique : Oui Non En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Mandat spécial

Coordonnées de la personne qui assure la protection juridique :

Nom-----

Prénoms-----Adresse-----

Suivi de la demande (réservé à l'établissement) :

LE DEMANDEUR (s'il n'est pas le futur résident)Nom-----
-----Prénoms-----
-----Téléphone-----/-----/-----/-----/----- Portable-----
-/-----/-----/-----/-----

Courriel-----@-----

Qualité / lien-----

Date de la demande-----/-----/-----

Date de la demande d'admission souhaitée

-----/-----/-----

Date de l'admission-----/-----/-----

Type de la demande Hébergement permanent Hébergement temporaireMotif : -----

-----Origine de la demande : -----

-----**Personnes qui s'occupent du futur résident (entourage, enfants...)**

	Nom	Lien	Adresse	Tél.
1/				
2/				
3/				
4/				
5/				
6/				
7/				
8/				
9/				
10/				
11/				

SITUATION SOCIALE DU RESIDENT

N° de sécurité sociale-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----

Nom de l'organisme de sécurité sociale

Adresse

Mutuelle

Coordonnées des caisses de retraite

Régimes de bases : -----

----- Régimes complémentaires : -----

Bénéficiaire APA : oui non en cours

N° GIR -----/ Date-----/-----/-----

Cadre de vie antérieure



TAMPON ETABLISSEMENT

**DEMANDE D'ADMISSION EN RESIDENCE POUR PERSONNES AGEES
(RPA)**

DOSSIER MEDICAL

Nom-----

Prénom-----

Age-----

Adresse-----

Lieu de vie actuel-----

Antécédents

Dernières hospitalisations

Habitudes toxiques : Tabac Alcool

Médecin généraliste

Médecins spécialistes

Traitement

Soins et aides existant à domicile)

Date -----/-----/-----

Signature

Cachet

EVALUATION DE L'AUTONOMIE (GRILLE NATIONALE AGGIR)

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne ; **il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants.**

En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...) Se rapporter au guide d'utilisation.

A – Fait seul totalement, habituellement, correctement

B = Fait partiellement

C = Ne fait pas

NOM.....PRENOM.....		
GRILLE NATIONALE AGGIR VARIABLES DISCRIMINANTES	A-B-C	Observations
COHERENCE – Converser et/ou se comporter de façon censée		
ORIENTATION – Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE – Concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE – S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION – Manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ELIMINATION – Assurer l'hygiène de l'élimination	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT – Se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR – Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR – A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE – Utilise les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme		
GRILLE NATIONALE AGGIR VARIABLES ILLUSTRATIVES		
GESTION – Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE – Préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MENAGE – Effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT – Prendre et/ou commander un moyen de transport		
ACHAT – Acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT – Se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE – Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps		

Date -----/-----/-----

Signature

Cachet