RÉSIDENCE AUTONOMIE DE CORNOUAILLE

DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN RÉSIDENCE AUTONOMIE

Réservé à l'établissement :

RÉSIDENCE AUTONOMIE DE CORNOUAILLE

CE DOSSIER COMPREND :

- Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire .
- Un volet médical à remettre sous pli confidentiel.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR LISTE D'ATTENTE ET SON DÉPÔT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

PIÈCES À FOURNIR	Cadre réservé à l'établissement
Photocopie de la carte nationale d'identité ou passeport	
Copie intégrale du livret ou des livrets de famille, à défaut pour les célibataires un extrait intégral d'acte de naissance avec filiation	
Dernier avis d'imposition ou de non-imposition	
Photocopie de l'attestation d'assuré social de l'année en cours (ou carte CMU le cas échéant)	
Photocopie de la carte mutuelle recto/verso ou assurance complémentaire	
(Le cas échéant) Jugement de protection juridique	
Dernière notification de l'APA si bénéficiaire	
Photocopie de l'attestation d'allocataire de la CAF ou Allocation logement si bénéficiaire	
Attestation d'aptitude de vie en collectivité à remplir par le médecin traitant	
Dossier médical (fiche + grille AGGIR) sous enveloppe confidentielle à remplir par le médecin qui vous suit actuellement (traitant ou hospitalier)	

AU MOMENT DE L'ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT, DES PIÈCES COMPLÉMENTAIRES POURRONT VOUS ÊTRE DEMANDÉES.

L'admission dans l'établissement est prononcée par la Direction après passage en commission d'admission qui a pour mission d'étudier les dossiers et de valider les demandes d'inscription.

Seuls les dossiers dûment complétés seront examinés.

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE ROSTRENEN

État civil de la personne concernée :

Pour un couple : remplir 1 dossier pour chaque membre du couple

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____Lieu de Naissance : _____Dépt : ___

Nationalité _____

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf·ve) ☐ Divorcé·e ☐ Séparé·e ☐ Pacsé·e

Numéro de sécurité sociale : _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Nombre d'enfants : _____

Adresse actuelle : _____

_____Tél: _____

Droits sociaux :

Aide sociale : ☐ OUI ☐ NON ☐ En cours

Protection juridique : ☐OUI ☐ NON si OUI, laquelle _____

Coordonnées du mandataire : _____

Aide personnalisé à l'autonomie : ☐ OUI ☐ NON ☐ Demande en cours

Allocation logement : ☐ OUI ☐ NON ☐ Demande en cours

Aide personnalisée au logement : ☐OUI ☐ NON ☐ Demande en cours

Autres : _____

Personne à contacter pour la démarche d'admission (par ordre de priorité) :

NOM : _____Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Tél. Domicile : _____Portable : _____Travail : _____

NOM : _____Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Tél. Domicile : _____Portable : _____Travail : _____

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE ROSTRENEN

La demande :

Motif de la demande :

☐Maintien au domicile difficile ☐Rapprochement familial
☐Mise en danger ☐Perte d'autonomie
☐Isolement social ☐Sortie d'hospitalisation ou centre de convalescence
☐Autre : Préciser _____

La situation de la personne concernée à la date de la demande :

☐Á son domicile ☐Enfants/Proches ☐Résidence autonomie ou Résidence-séniors*
☐EHPAD* ☐Établissement de santé*

* Nom de l'établissement : _____

Je soussigné·, ...certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage à prévenir l'établissement de toutes modifications ou d'annulation de dossier.

Date : / / Signature :

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE ROSTRENEN

DOCUMENTS MÉDICAUX À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

Présentation de la résidence autonomie de Cornouaille

La résidence autonomie de Cornouaille est un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) qui dépend du CCAS de Rostrenen. La structure, non médicalisée, propose à la location des appartements pour des personnes autonomes, c'est-à-dire en mesure d'assurer les actes de la vie courante avec ou sans l'assistance d'une tierce personne.

Le personnel n'intervient pas dans les logements. Les résident·es font intervenir, au besoin, les aides à domicile et/ou les professionnels libéraux de santé.

Si une perte d'autonomie du résident est constatée, des solutions adaptées sont proposées, après avis médical, en concertation avec le résident, sa famille ou la personne de confiance :

- ➔ si la baisse d'autonomie permet le maintien dans la structure : mise en place ou passage plus fréquent d'une aide à domicile /infirmière et/ou un suivi médical renforcé,
- ➔ si la baisse d'autonomie ne permet pas le maintien dans la structure : une orientation vers un établissement médicalisé est envisagée.

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE ROSTRENEN

ATTESTATION D'APTITUDES DE VIE EN RÉSIDENCE AUTONOMIE

Je soussigné, Docteur _____

_____

certifie que Madame ou Monsieur _____

_____

demeurant actuellement au _____

_____

_____

ne présente aucune contre-indication médicale à l'entrée en résidence autonomie non médicalisée et à la vie en collectivité.

Date : _____

Signature et cachet du Médecin :

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE ROSTRENEN

GRILLE AGGIR

À remplir par le médecin qui suit la personne à la date de la demande.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

A = fait seul : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement
B = fait seul mais non spontanément, et/ou partiellement, et/ou habituellement, et/ou non correctement
C = ne fait jamais seul = il faut faire à sa place ou « faire faire »

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. Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives ….).

GRILLE NATIONALE AGGIR – VARIABLES DISCRIMINANTES		A,B, C	OBSERVATIONS
COHÉRENCE	Communication		
	Comportement		
ORIENTATION	Se repérer dans le temps		
	Se repérer dans l'espace		
TOILETTE :	Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage		
	Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes		
HABILLAGE	Haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête		
	Moyen : fermetures des vêtements, boutonnage, fermeture éclairs, ceintures, bretelles, pressions, soutien-gorge		
	Bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures		
ALIMENTATION	Se servir (couper la viande, remplir son verre …)		
ÉLIMINATION	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
	Assurer l'hygiène de l'élimination anale		
TRANSFERTS	Se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE	Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, télé alarme …		

Votre patient(e) bénéficie-t-il (elle) d'une APA à domicile ? ☐ OUI ☐NON
Si OUI, précisez le GIR : _____

CONCLUSIONS :

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE ROSTRENEN

Renseignements médicaux

ANTCEDENTS :

_____

_____

_____

_____

PATHOLOGIES ACTIVES :

_____

_____

_____

_____

VACCINATIONS :

TRAITEMENTS EN COURS :

- Médicaments (ou copie de la dernière ordonnance) :

  _____

  _____

  _____

- Soins paramédicaux en cours :

  - Soins infirmiers de jour : ☐ Oui ☐ Non si oui lesquelles : _____
  - Kinésithérapie : ☐Oui ☐Non
  - Autres : ☐Oui ☐Non si oui lesquelles : _____

- Addictions : ☐Oui ☐Non si oui : Alcool : ☐Oui ☐Non
  Tabac : ☐Oui ☐Non
  Toxicomanie : ☐Oui ☐Non

Le patient bénéficie-t-il d'un suivi psychiatrique ? ☐ Oui ☐Non

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE ROSTRENEN

COMMENTAIRES :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PIECES A JOINDRE À MINMA :

- Grille AGGIR ci-jointe remplie
- Courriers des spécialistes
- Comptes rendus d'hospitalisations
- Dernières ordonnances récapitulant la totalité du traitement en cours

Fait à _____ le _____

Par le Dr. _____

Signature et cachet :