

AUTRES INFORMATIONS UTILES

Quels sont vos loisirs, vos passions ? :

Avez-vous été ou êtes-vous membre d'une association (club...) ? : OUI NON

Si oui, laquelle ? :

Quel(les) habitude(s) souhaiteriez-vous garder lorsque vous aurez intégré la structure ? :

Souhaitez-vous que votre famille soit associée à votre vie dans la MARPA ? : OUI NON

Intervenants Médicaux et Para-médicaux :

Nom du médecin traitant :

Nom(s) du (des) médecin(s) spécialiste(s) :

Infirmier :

Kinésithérapeute :

Pédicure :

Coiffeur ou coiffeuse :

Esthéticienne :

Ambulancier :

Pharmacien :

Centre hospitalier :

Laboratoire :

Renseignements funéraires :

Caveau :	Lieu :
Pompes funèbres :	<input type="checkbox"/> incinération
<input type="checkbox"/> don du corps	n°carte de donneur :
<input type="checkbox"/> contrat obsèques	Dernières volontés :

COUVERTURE SOCIALE

Nom et adresse de votre Caisse d'Assurance Maladie :

N°Immatriculation :

Nom et adresse de votre Mutuelle :

N°d'adhérent :

Aide à domicile déjà en place : SSIAD Aide ménagère Autres (à préciser)

Aide financières déjà en place : OUI NON

Si oui, précisez lesquelles : CMU Aide médicale APA

APL ou Allocation logement

RESSOURCES

➤ Allocations retraite : Montant mensuel :

➤ Autres ressources :

- Montant mensuel :

- Montant mensuel :

- Montant mensuel :

➤ Allocations logements : Montant mensuel :

MOTIF DE LA DEMANDE

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

Qu'est-ce qui peut justifier la demande ? dégradation de l'état de santé
 problème d'entente avec la famille
 problème de disponibilité de la famille
 logement devenu inadapté
 problème de solitude

L'intéressé(e) est-il(elle) sous un régime de protection ? OUI NON

Si oui, lequel :

Nom et adresse du tuteur ou curateur :

Une mesure de protection est-elle en cours ?

Sauvegarde de justice Mandataire Curatelle Tutelle

Si le demandeur n'est pas la personne à admettre,

La personne âgée est-elle informée de la demande ? OUI NON

Dans la négative, la famille en est-elle informée ? OUI NON

S'agit-il d'une demande conjointe ? OUI NON

Une autre demande pour un familier est-elle formulée ? OUI NON

Si oui, préciser les noms, prénoms, date de naissance :

.....

Fait à, le

Signature :



MARPA "Sourire d'Automne"
La Meilleraie-Tillay

DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION
A faire compléter par votre médecin traitant

Nom : **Prénom** :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

Taille :

Poids :

1. - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :

• Cardio-respiratoires : _____

• Neurologiques : _____

• Gastro-entérologiques et hépatiques : _____

• Uro-gynécologiques : _____

• Ophtalmologiques et auditifs : _____

• Bucco-dentaires et stomatologiques : _____

• Locomoteurs : _____

2. - ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :

- Chirurgie digestive :

- Chirurgie osseuse :

- Neurochirurgie :

- Cardio-pulmonaire :

- Cutanée :

- Bucco-dentaires et stomatologiques :

- Locomoteurs :

- Autres :

3. - ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES :

- Antécédents psychiatriques :

- Etat psychologique actuel :

- Aptitude à vivre en collectivité :

4. - VACCINATION antitétanique :

1^{ère} injection : _____

Rappels : _____

5. – TRAITEMENT ACTUEL :

Pour faciliter le traitement des informations demandées, vous pouvez joindre une photocopie de la dernière ordonnance :

Je soussigné Docteurcertifie avoir examiné

M, Mme

En vue de son admission à la MARPA de La Meilleraie-Tilly

Et confirme que l'intéressé(e) ne présente aucune affection contagieuse incompatible avec la vie en collectivité.

Cachet

A, le

Signature :



MARPA "Sourire d'Automne"
La Meilleraie-Tillay

FICHE AUTONOMIE

AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE GROUPE ISO-RESSOURCE
 (A.G.G.I.R.)
A faire compléter par votre médecin traitant

Nom et prénom :

Date de l'évaluation :

Date de naissance :

Nom et qualité de l'évaluateur :

Autonomie
A : Fait seul totalement, habituellement, correctement
B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : Ne fait pas

		A	B	C
COHERENCE (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)				
ORIENTATION (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)				
TOILETTE (assurer son hygiène corporelle)	HAUT			
	BAS			
HABILLAGE (s'habiller, se déshabiller)	HAUT			
	MOYEN			
	BAS			
ALIMENTATION	SE SERVIR : couper la viande, se servir à boire MANGER : porter à la bouche les aliments préparés			
ÉLIMINATION (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale)	URINAIRE ANALE			
TRANSFERTS (se lever, se coucher, s'asseoir)				
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)				

G.I.R. :