



THOARD, le _____

A la suite de la demande d'admission que vous avez formulée pour M _____

Je vous adresse le dossier d'inscription à remplir :

- Fiche de renseignements à compléter
- Dossier médical à faire compléter par votre médecin traitant.

Tarifs 2017

Tarif journalier hébergement : 54,60 €

Tarif journalier réservation : 36,14 €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 : 20,89 €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 : 13,26 €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6 : 5,63 €

Les admissions sont prononcées dans l'ordre d'arrivée des dossiers d'inscription, selon les places disponibles.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Né(e) le : _____ à _____

Adresse : _____

Situation de famille : _____

Fils(le) de _____ et de _____

Dernière profession : _____

Assurances sociales : Caisse : _____

N° immatriculation : _____

Ressources :

Caisses de Retraite : N° pension : Montant : Mois ou trimestre :

Tuteur éventuel : _____

Nom de la personne à prévenir : Lien de parenté

N° tél. Adresse complète _____

e-mail: _____

Date de la demande : _____ Signature :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la Gestion des séjours et du dossier de soins informatisé. Les destinataires des données sont : les agents de la maison de retraite de Thoard. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des rectifications aux informations vous concernant, veuillez adresser à Madame S.F. ZERMANE, Directrice déléguée Maison de Retraite 04380 THOARD.

CERTIFICAT MEDICAL confidentiel
à l'usage du médecin de l'établissement

Je soussigné, _____

Docteur _____

Certifie avoir examiné _____

Agé(e) de _____ Domicilié(e) à _____

Et affirme l'exactitude des indications ci-après le (ou la) concernant :

APPAREIL RESPIRATOIRE _____

APPAREIL CIRCULATOIRE _____

Dernier E.C.G. _____

APPAREIL DIGESTIF _____

Diabète _____

Derniers examens sanguins _____

SYSTEME NERVEUX _____

Dernier E.E.G _____

PSYCHISME _____

APPAREIL SENSORIEL _____

REINS ET ORGANES GENITO URINAIRES _____

REMARQUES PARTICULIERES _____

A-t-il un traitement médical : si oui, joindre une feuille séparée avec le traitement.

A-t-il un régime alimentaire : lequel : _____

Fait à _____ le _____

Signature du médecin :

A remettre sous pli fermé avec le certificat médical
Confidentiel (au verso) à l'usage du médecin de l'établissement

NOM : _____ Prénom : _____ Date de Naissance _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____ Lieu de Naissance : _____

ADRESSE : _____

LIEU D'HEBERGEMENT ACTUEL : _____

TAILLE : _____ POIDS : _____

Handicap moteur		
	oui	non
M.S.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.S.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.I.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.I.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychisme		
	oui	Non
Troubles de la mémoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altération du jugement:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il (elle) désorienté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capable de suivre une conversation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendre des ordres simples :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques particulières : _____

Remarques particulières : _____

Déplacements :		
	oui	non
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportements :		
	oui	Non
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques particulières : _____

Remarques particulières : _____

Dépendance :		
A-t-il (elle) besoin d'AIDE	oui	non
Pour se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour Aller au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour Prendre ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit-on le faire manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il (elle) incontinent(e)		
A-t-il (elle) une sonde à demeure		

Surveillance :		
	oui	Non
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarre existant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVIS DU MEDECIN COORDONATEUR :