



Rue du Beau Soleil
76660 LONDINIÈRES
Tél : 02.32.97.03.14
Mail marpalebeausoleil@wanadoo.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

Etat civil :

NOM & Prénom : NOM de jeune fille :
 Date de naissance : lieu de naissance :
 Nationalité :
 Situation de famille : Veuf(ve) - Marié(e) - Divorcé(e) - Célibataire - Vit maritalement
 Ancienne profession :

Adresse actuelle :
 N° de téléphone :

Coordonnées de la famille ou entourage :

NOM : **Prénom :** **Lien de parenté :**
 Adresse :
 N° de tél. du domicile : N° de tél. du travail :

NOM : **Prénom :** **Lien de parenté :**
 Adresse :
 N° de tél. du domicile : N° de tél. du travail :

NOM DU MEDECIN:

N° de tél :

CABINET INFIRMIER :

N° de tél :

Personne référente à prévenir :

NOM : **Prénom :** **Lien de parenté :**
 Adresse :
 N° de tél. du domicile : N° de tél. du travail :

Description générale

Appartement Etage : N° Ascenseur

Maison individuelle Nombre d'étage :

Vous vivez Seul En famille Autre

Vous utilisez votre véhicule Oui Non

Avez-vous un soutien à domicile ? (Préciser le nom de l'intervenant, le nombre d'heures réalisées, la fréquence, et le montant à charge)

| | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Famille : | Reste à charge :€ |
| <input type="checkbox"/> Aide à domicile | Reste à charge :€ |
| <input type="checkbox"/> Cabinet infirmier : | Reste à charge :€ |
| <input type="checkbox"/> SSIAD : | |

Renseignements complémentaires

Votre séjour sera-t-il temporaire ? Oui Non

- Si oui, précisez la période :

Date souhaitée d'admission :

Un service social vous aide-t-il régulièrement dans vos démarches ?

Oui Non

Coordonnées du service et de la personne :

Quelles sont vos activités habituelles ?

Cuisine - jeux de cartes – dominos – lecture – musique – promenade – télévision.....

Autres renseignements que vous jugerez utiles de nous communiquer :

NOM du signataire (en lettres capitales) :

Date :

Signature :

Evaluation de l'autonomie & informations relatives à l'état de santé

A remplir par votre médecin traitant ou le médecin hospitalier

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| DATE : | NOM : | Prénom : |
| <u>AUTONOMIE ET ASSISTANCE</u> | | |
| Autonomie complète | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Nécessite une aide occasionnelle | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Nécessite une aide totale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Nécessite aide au lever | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Nécessite aide au coucher | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Se déplace seul | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Se déplace avec une aide technique (si oui préciser) : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| S'alimente seul | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Fait sa toilette seul | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Nécessite aide toilette pour le haut | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Nécessite aide toilette pour le bas | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| S'habille seul | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Nécessite aide pour habillage haut | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Nécessite pour habillage bas | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Incontinence | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <u>TROUBLES DU COMPORTEMENT</u> | | |
| Trouble du comportement | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Incohérence légère | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Incohérence lourde | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Agressivité | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Etat dépressif | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Agitation | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Fugue | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Déambule | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <u>QUALITE DU SOMMEIL</u> | | |
| Sommeil calme dort correctement | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Sommeil agité | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Dort très peu | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

| <u>REGIME ALIMENTAIRE</u> | | |
|--|------------------------------------|------------------------------|
| Spécifique si oui merci de préciser ligne suivante | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Régime alimentaire prescrit : | | |
| <u>VIE SOCIALE</u> | | |
| Communique | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Communique de manière cohérente | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Ecrit ou lit | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Se distrait | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <u>COMMENTAIRES LIBRES DU MÉDECIN</u> | | |
| | | |
| <u>CACHET DU MEDECIN</u> | <u>SIGNATURE DU MEDECIN</u> | |
| NOM : | | |
| Prénom : | | |
| Adresse : | | |
| Téléphone : | | |

Pièces à joindre :

A L'INSCRIPTION les photocopies de :

- Carte d'identité ou autre pièce d'identité
- Dernier avis d'imposition ou non imposition
- Taxes foncières (propriétaire)
- Accord APA en cours
- Justificatifs récents de toutes les ressources (Titre de pension...)

LORS DE L'ADMISSION les photocopies de :

- Attestation d'assuré social en cours de validité
- Carte de mutuelle
- Carte d'invalidité
- Jugement de tutelle
- Notification d'admission à l'Aide Sociale à l'Hébergement
- Imprimé d'engagement de payer



www.marpa-londinieres.fr

Rue du Beau Soleil
76660 LONDINIÈRES
Tél : 02.32.97.03.14
Mail : marpalebeausoleil@wanadoo.fr