

**Maison de Retraite Spécialisée – Foyer Occupationnel
Foyer d'Accueil Médicalisé (ouverture 2012)**

Centre les Cigales

Mirabel – 30170 POMPIGNAN

Téléphone : 04 66 77 97 00 – Fax : 04 66 77 26 12 – Email : lescigalesmirabel@orange.fr

DEMANDE D'ADMISSION



Nom Prénom	
Dossier reçu le	
Orientation	
Handicap	
Situation Actuelle	
Type de placement demandé	
Réponse courrier	
Visite le	
Commission d'admission le	
Contact divers (date)	
Observations	
Tableau réservé à l'administration du Centre les Cigales	

**Maison de Retraite Spécialisée – Foyer Occupationnel
Foyer d'Accueil Médicalisé (ouverture 2012)**

Centre les Cigales

Mirabel – 30170 POMPIGNAN

Téléphone : 04 66 77 97 00 – Fax : 04 66 77 26 12 – Email : lescigalesmirabel@orange.fr

DOSSIER MEDICAL



Nom prénom	
Dossier reçu le	
Orientation	
Handicap	
Situation Actuelle	
Réponse courrier	
Visite le	
Commission d'admission le	
Observation	
Tableau réservé à l'administration du Centre les Cigales	

Dossier médical

A remplir si nécessaire avec l'aide du médecin traitant

Nom, prénom

Date de naissance

Date d'entrée

Poids :

Taille :

AFFECTION PRINCIPALE motivant la requête : nature et origine du handicap

ANTECEDENTS – AUTRES AFFECTATIONS

-Antécédents chirurgicaux

-Autres affectations : (Cardiovasculaire, pulmonaire, Digestif, endocrinien, Dermatologique, sensorielles etc...)

ALLERGIES – INTOLERANCES

Dossier médical

FACTEURS de RISQUE (biologiques, tabac, etc.)

COMMUNICATION (acquisition de la parole, du langage)

MOBILITE (déplacement seul ou aidé)

AUTONOMIE (Hygiène corporelle, continence sphinctérienne, repas)

Dossier médical

TRAITEMENT :

Voir ordonnance en cours : obligatoire à l'admission

SUIVI MEDICAL ET PARAMEDICAL (à joindre en cas de nécessité)

Médecin traitant (Nom, adresse, tel)

Médecins spécialiste (Nom, adresse, tel)

Paramédicaux (Kinésithérapie, Ergothérapie, Orthophonie)

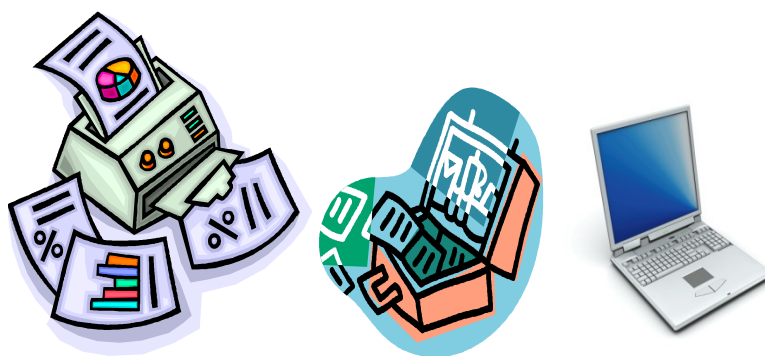
**Maison de Retraite Spécialisée – Foyer Occupationnel
Foyer d'Accueil Médicalisé (ouverture 2012)**

Centre les Cigales

Mirabel – 30170 POMPIGNAN

Téléphone : 04 66 77 97 00 – Fax : 04 66 77 26 12 – Email : lescigalesmirabel@orange.fr

DOSSIER ADMINISTRATIF



Nom Prénom	
Dossier reçu le	
Orientation	
Handicap	
Situation Actuelle	
Type de placement demandé	
Réponse courrier	
Visite le	
Commission d'admission le	
Contacts divers (date)	
Observations	

Tableau réservé à l'administration du Centre les Cigales

1.3 – Situation sociale :

1.3.1 – Sécurité Sociale :

Numéro d'immatriculation : /

Régime général : oui non

Régime particulier :

Centre numéro :

Adresse :

.....

1.3.2 – Sécurité Sociale :

Prise en charge : oui non

Département :

1.3.3 – M.D.P.H (Cotorep) :

Date décision : Orientation :

Validité : N° dossier :

Adresse :

.....

1.3.4 – Allocation Adulte Handicapé (A.A.H) :

La personne perçoit-elle l'A.A.H ? oui non

Si oui depuis quand ? Montant :

Numéro allocataire : Département :

1.3.5 – Allocation Compensatrice :

La personne perçoit-elle l'allocation compensatrice ? oui non

Si oui depuis quand : Montant :

Département :

1.3.6 – Carte d'invalidité :

Carte d'invalidité délivrée le : Expire le :

Numéro carte d'invalidité :

1.3.7 – Responsabilité Civile :

Assureur : Police :
N° :
Adresse :
.....
.....

1.3.8 – Mutuelle :

La personne cotise-t-elle à une caisse mutualiste : oui non
Si oui, nom et adresse :
.....
N° d'immatriculation :
Montant cotisation annuelle :

1.3.9 – Tutelle :

La personne est-elle sous tutelle ? oui non
Si oui, date du jugement :
Nom et adresse du tuteur :
.....
.....
..... Téléphone :

1.3.10 – Documents à fournir au moment de l'admission :

- ♂ Orientation M.D.P.H (C.O.T.O.R.E.P)
- ♂ Fiche familiale d'état civil
- ♂ Carnet de santé
- ♂ La carte vitale
- ♂ La carte d'invalidité
- ♂ Photocopie du jugement de tutelle
- ♂ Ordonnance du traitement en cours
- ♂ Photos d'identité (6)
- ♂ Carte d'identité

1.3.11 – A réaliser au moment de l'admission :

Le linge devra être marqué
La liste du trousseau

EN CAS D'ACCUEIL TEMPORAIRE, QUELLES DATES SOUHAITEZ VOUS ?

1 : **2 :** **3 :** **4 :**

**Maison de Retraite Spécialisée – Foyer Occupationnel
Foyer d’Accueil Médicalisé (ouverture 2012)**

Centre les Cigales

Mirabel – 30170 POMPIGNAN

Téléphone : 04 66 77 97 00 – Fax : 04 66 77 26 12 – Email : lescigalesmirabel@orange.fr

DOSSIER EDUCATIF



Nom Prénom	
Dossier reçu le	
Situation Actuelle	
Type de placement demandé	
Réponse courrier	
Visite le	
Commission d’admission le	
Observations	
Tableau réservé à l’administration du Centre les Cigales	

DOSSIER EDUCATIF

Nom Prénom

1 – VIE QUOTIDIENNE

Autonomie corporelle et fonctionnelle

1.1 – Propreté :

-De jour :

-De nuit :

L'autonomie :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Indifférence totale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Manifeste le besoin : Avant – Pendant – Après | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Propre moyennant des sollicitations à heures régulières | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Initiatives occasionnelles | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Autonomie acquise | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Utilisation occasionnelle | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Incontinence diagnostiquée ou énurésie, encoprésie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Remarques particulières :

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

1.2 – Toilette

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| La personne fait sa toilette seule | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La personne se fait aider par une tierce personne | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La personne est entièrement dépendante | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Comportement face à la toilette :

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

DOSSIER EDUCATIF

Sensibilité à l'esthétique de sa personne :

La personne est-elle attentive à son esthétique : oui non

Le soin dentaire est-il possible oui non

Remarques particulières :

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

1.3 – Les vêtements :

Quelle est l'autonomie de la personne pour l'habillage et le déshabillage ?

Autonome Participation Dépendance totale

Participe-t-elle au choix de ses vêtements ? oui non

Reconnaît-elle ses vêtements ? oui non

Remarques particulières :

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

1.4 – L'alimentation :

Quelle est l'autonomie de la personne pour les repas ?

Autonome Participation Dépendance totale

Mange-t-elle ses repas :

Solide Mixés Liquide

Régime particulier :

.....
.....

Utilisation des couverts : oui non

La personne utilise-t-elle des couverts adaptés oui non

Troubles du comportement alimentaire

DOSSIER EDUCATIF

La personne fait-elle des fausses routes oui non

Les goûts :

A-t-elle des mets détestés ?

A-t-elle des mets préférés ?

Que prend-elle au petit-déjeuner ?

Remarques particulières :

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

1.5 – Motricité :

La personne marche-t-elle seule oui non

A-t-elle besoin d'un appui pour se déplacer oui non

Si oui lequel

Porte-t-elle un appareillage orthopédique oui non

Si oui lequel

Si la personne ne marche pas :

Peut-elle se déplacer en fauteuil oui non

Peut-elle le manœuvrer seule oui non

Peut-elle se tenir sur une chaise oui non

Remarques particulières :

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

1.6 – Le repos :

Y a-t-il une façon particulière de la réveiller ?

La personne a-t-elle l'habitude de faire la sieste oui non

DOSSIER EDUCATIF

A quelle heure la personne se couche-t-elle ?

A-t-elle besoin d'une barrière à son lit oui non

A-t-elle l'habitude de se réveiller pour aller au WC oui non

Si oui, à quelle heure ?

Remarques particulières :

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

1.4 – Communication :

La personne comprend elle parfaitement ce qu'on lui dit ? oui non

Elle ne comprend que les ordres simples oui non

La personne parle normalement oui non

Langage moyennement élaboré oui non

La personne sait se faire comprendre oui non

Si oui comment ?

La personne utilise-t-elle un moyen de communication non verbal oui non

Si oui, lequel ?

Remarques particulières :

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

2 – LES ACTIVITES :

2.1 – Loisirs :

La personne aime t-elle la lecture ? oui non

La télévision oui non

La musique oui non

Les jeux oui non

Si oui lesquels ?

Le coloriage / peinture oui non

DOSSIER EDUCATIF

Les promenades à pieds oui non

En voiture oui non

La personne a-t-elle une activité favorite oui non

Si oui lesquels ?

Remarques particulières :

2.2 – Le sport :

La personne a-t-elle une contre indication pour le sport oui non

La personne aime t-elle le sport oui non

Si oui lesquels ?

Remarques particulières :

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

2.2 – Vie quotidienne :

La personne participe t-elle à des activités de vie quotidienne ? oui non

Si oui lesquels ?

Remarques particulières :

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

3 – RELATION AVEC LA FAMILLE :

La famille prendra t-elle le résident(e) le week-end oui non

Si oui à quel rythme ? 1 week-end par quinzaine
 1 fois par mois

Autres propositions

La personne sera-t-elle absente de l'établissement pendant les périodes de congés ?

oui non

