

DEMANDE D'ADMISSION

(À remplir par la Personne Agée ou sa famille)

Demande d'admission pour :

☐

Homme

☐

Femme

Nom :

Prénom :

Situation de famille :

Nom de jeune fille :

Né (e) le :

à :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Tél :

Port. :

Situation au moment de la demande :

☐

À domicile

☐

hospitalisé(e)

☐

Établissement, lieu :

☐

Service :

Demande en couple : ☐

Remplir 1 dossier pour chaque membre du couple

Situation du conjoint au moment de la demande :

☐

À domicile

☐

hospitalisé(e)

☐

Établissement, lieu :

☐

Service :

Référent du dossier = personne à contacter pour donner suite à cette demande

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Lien avec la personne âgée :

.....

Tél :

Port :

E-mail. :

Couverture Sociale

Régime de Sécurité Sociale : ☐ Général ☐ MSA Autre :

Caisse de Sécurité Sociale du demandeur

N° de Sécurité Sociale :

Mutuelle Soin Complémentaire :

Caisse de retraite principale :

Caisses de retraite complémentaires :

Médecin Traitant

NOM :

Adresse :

N° Téléphone :

Aides actuelles

☐ Auxiliaire de vie ☐ Portage de repas ☐ Téléalarme

☐ Soins Infirmiers ☐ Autre :

Raison de la demande

Pour une demande d'admission en Residence Autonomie

Vous êtes invités à joindre le document "grille national AGGIR" à votre dossier de demande d'admission en Foyer Logement (structure d'hébergement sans personnel médical).

C'est un outil d'évaluation de votre niveau d'autonomie à faire remplir par votre médecin traitant.

Aucune information médicale ne doit y apparaître.

Cette évaluation permettra au personnel administratif gestionnaire du Foyer Logement de mesurer votre capacité à vivre dans ce type de structure.

Pièces à joindre au dossier

Photocopie :

-  Livret de famille
-  Carte d'identité
-  Justificatifs des ressources actuelles
-  Avis d'imposition ou de non imposition
-  Titre de retraite
-  Carte de sécurité sociale
-  Carte de mutuelle

A FAIRE REMPLIR **PAR LE MEDECIN** AINSI QUE LA GRILLE AGGIR

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Adresse :

Je Soussigné, Docteur

Déclare avoir examiné l'intéressé.

et certifie que son état physique et psychique lui permet de s'intégrer, sans occasionner de gêne, dans la vie normale d'une collectivité.

Le Médecin,

Résidence autonomie l'Astrée – 13 Rue Jean-Baptiste David – 42130 BOEN SUR LIGNON

Du lundi au vendredi de 9h à 16h – 04 77 24 24 46 – residence@boen.fr

www.residence-autonomie-astree.fr

Grille A.G.G.I.R.

Autonomie Gériatrique – Groupes Iso-Ressources

Nom – Prénom :

Date de naissance :

Date d'évaluation : Médecin :

VARIABLES DISCRIMINANTES					A ⁽¹⁾	B ⁽¹⁾	C ⁽¹⁾
1	Cohérence Converser et/ou se comporter de façon sensée.						
2	Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux habituels						
3	Toilette Se laver seul, habituellement et correctement, le haut et le bas du corps.	Haut					
		Bas					
4	Habillage S'habiller, se déshabiller, seul, totalement et correctement.	Haut					
		Moyen					
		Bas					
5	Alimentation Se servir et manger seul, correctement. On considère que les aliments sont déjà préparés.	Se servir					
		Manger					
6	Elimination Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination urinaire et anale.	Urinaire					
		Anale					
7	Transfert Pouvoir passer seul, d'une des 3 positions (debout, assis, couché) à une autre, dans les 2 sens						
8	Déplacement à l'intérieur Se déplacer seul à l'intérieur du domicile (même avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant).						
9	Déplacement à l'extérieur À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.						
10	Communications à distance Utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette.						

VARIABLES ILLUSTRATIVES					A ⁽¹⁾	B ⁽¹⁾	C ⁽¹⁾
1	Gestion Gérer ses affaires, budget, se servir de l'argent, démarches administratives, formulaires						
2	Cuisine : Préparer des repas						
3	Ménage : Effectuer l'ensemble des travaux ménagers						
4	Transports Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)						
5	Achats : Acquisition directe ou par correspondance						
6	Suivi du traitement : Se conformer à l'ordonnance de son médecin						
7	Activités de temps libre Sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe-temps						

Critères de codage de l'autonomie : A = fait seule habituellement - B = fait partiellement - C = ne fait pas