

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



Nom : _____

Prénoms : _____

Date de réception du dossier : ____ / ____ / ____



Madame, Monsieur,

Vous allez remplir un dossier de demande d'admission pour le Centre de Ressources Territorial de l'hôpital St Lazare.

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande ne vaut pas une admission.

Le service vous apportera une réponse écrite dans les meilleurs délais après réception du dossier complet.

Si ce dossier n'est pas rempli par la personne concernée, merci d'indiquer la personne qui a renseigné le document :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Lien avec la personne concernée : _____

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Copie pièce d'identité recto-verso
- Copie attestation sécurité sociale
- Copie jugement de protection judiciaire si concerné
- Dossier médical (ci-joint)

CE DOSSIER EST À RETOURNER :

- Soit par mail à crt@hopital-stlazare.com
- Soit par courrier à CRT Hôpital Saint lazare
3 rue Jean médecin
06430 TENDE



I. SITUATION SOCIALE ET ADMINISTRATIVE

Civilité : Madame Monsieur Autre

Nom de Naissance _____ D'usage _____

Prénoms _____

Date de naissance _____ Âge _____

Nationalité _____ Lieux de naissance _____
(Commune/Pays)

N° de Sécurité social __ __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Téléphone __ / __ / __ / __ / __

Mail _____ @ _____

Lieu de vie

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence sénior

Long séjour Autres (précisez) : _____

Type de lieu de vie Propriétaire Locataire Hébergé

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Situation familiale

Célibataire Veuf(ve) Marié(e) Séparé(e)
 Vie maritale Divorcé(e) Pacsé(e)



Nombre d'enfant(s) _____

Nom	Prénom	Coordonnées/Infos supplémentaire	
		<input type="checkbox"/> A proximité	
		<input type="checkbox"/> A distance	
		<input type="checkbox"/> A proximité	
		<input type="checkbox"/> A distance	
		<input type="checkbox"/> A proximité	
		<input type="checkbox"/> A distance	
		<input type="checkbox"/> A proximité	
		<input type="checkbox"/> A distance	

Animaux Oui Non

Si vous avez coché « Oui » Combien _____

Et quel type d'animaux (*chien, chat ; ...*) _____

Situation légale

Mesure de protection oui non en cours

Si oui, laquelle Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcé
 Sauvegarde de justice Habilitation familiale

Représentant légal : _____

Ressources

Retraite _____

APA _____

CAF _____

Autre(s) _____



Présence d'un aidant Oui Non

« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stable, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la quotidienne. » Article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

Si vous avez coché « oui » :

Nom de Naissance _____ D'usage _____

Prénoms _____

Téléphone _____ Mail _____

Adresse _____

Code postale _____ Ville _____

Désignation d'une personne de confiance Oui Non

« La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. A défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D.311-0-4 CASF)) »

Si vous avez coché « oui » :

Nom _____

Prénoms _____



II. Intervenant

SAAD (*auxiliaire de vie*) Oui Non

Nom _____

Nombre de passage par jours/semaines _____

Type de soins _____

Portage des repas Oui Non

Si oui, régime spécifique _____

Assistante sociale Oui Non

Nom _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination Oui Non

Nom _____

III. Situation médicale et paramédicale

Médecin traitant Oui Non

Nom _____

Téléphone _____ Mail _____

Vue Au cabinet En visite à domicile

Adresse _____

Code postale _____ ville _____

Infirmière Oui Non

Nom _____

Nombre de passage par jours/semaines _____

Type de soins _____



Kiné Oui Non

Nom _____

Nombre de passage par jours/semaines _____

Type de soins _____

SSIAD Oui Non

Nombre de passage par jours/semaines _____

Type de soins _____

Niveau de GIR _____

Appareillages

Fauteuil roulant _____ Oui Non

Lit médicalisé _____ Oui Non

Matelas anti-escarres _____ Oui Non

Déambulateur / Canne _____ Oui Non

Orthèse _____ Oui Non

Prothèse (dont prothèse dentaire) _____ Oui Non

Pacemaker _____ Oui Non

Autre (précisez) _____ Oui Non
