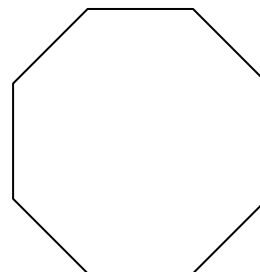


SPAP

SOCIETE PROTESTANTE
DES AMIS DES PAUVRES

Photo



Date de la Demande :

ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES

CHATEAU SILHOL-LUMIERE ET PAIX

Dossier Personnel et Administratif

HEBERGEMENT PERMANENT

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

NOM :

PRENOMS :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire

Marié(e)

Veuf

Divorcé(e)

Séparé (e)

PROFESSION :

REFERENCES DU DERNIER EMPLOYEUR :

CAISSE COUVERTURE SOCIALE :

N° IMMATRICULATION :

MUTUELLE :

Percevez-vous ? :

Aide Sociale

Allocation Logement

APA

COORDONNEES ENFANTS :

NOM	Prénom	Adresse	N° Téléphone

PERSONNE RESPONSABLE :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Nom :- Qualité :- Adresse :- N° Téléphone Personnel :- N° Téléphone Professionnel:- Adresse Email : |
|--|

Nom et Adresse du Médecin Traitant :

Motif de la demande :

Renseignements complémentaires :

Environnement Social

Habitez-vous ? :

- Maison individuelle : Rez de Chaussée Etage

- Appartement : Rez de Chaussée Etage

Avez-vous ? : Une Aide Ménagère
 Une Infirmière Libérale
 Un Médecin
 Un Kinésithérapeute

Vivez- vous ? : Seul En Famille

Voyez- vous votre famille ?

- Tous les jours
- Souvent
- Rarement

Vos Ressources :

Veillez indiquer avec précision, le nom et l'adresse des organismes qui vous versent une pension, ainsi que le montant (mensuel ou trimestriel)

NOM	ADRESSE	MONTANT

A joindre à votre dossier :

- une Pièce d'identité
- Le dernier talon de bordereau de paiement de votre retraite (ou photocopie).

Ce dossier est conservé sur une période de 12 mois. A cette échéance, vous devrez vous mettre en rapport avec le service administratif pour confirmer et réactualiser les éléments du dossier.

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

NOM : Prénoms :
Date de Naissance : Téléphone :
Adresse :

MEDECIN TRAITANT : Dr.
MEDECIN DEMANDEUR : Dr.

REFERENT : (identité- Téléphone).....
.....

MOTIF DE LA DEMANDE :

LIEU/MODE DE VIE ACTUEL :

- Domicile Seul Institution
 Avec..... Précisez.....

PATHOLOGIES ACTUELLES :

ANTECEDENTS :

- Allergies** : Précisez
 Intolérances médicamenteuses:
 Vaccins Tétanos en
 Pneumocoque en.....

ETAT DE SANTE ACTUEL :

- Evaluation gériatrique

- Poids : - Taille : -IMC
- MMS - MNA :
- Audition - Vision :
- Grille AGGIR

	Pas d'aide	A	Aide Partielle B	Aide Totale C
Cohérence				
Orientation				
Toilette				
Habillage				
Alimentation				
Elimination urinaire et fécale				
Transferts				
Déplacements à l'intérieur				
Déplacements à l'extérieur				
Communication à distance				

SCORE GIR :

