

## Nom de l'établissement :

Date d'entrée souhaitée : ..... Durée du séjour : .....

Nom (nom de jeune-fille) : ..... Prénoms : .....

Nom d'épouse : ..... Nationalité : .....

Date et lieu de naissance : .....

Situation de famille : ..... Religion : .....

Profession exercée : ..... Langue : .....

Adresse actuelle : .....

..... Téléphone : .....

## Nom, qualité, adresse et numéro de téléphone de la ou des personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

.....

.....

..... Téléphone : .....

..... Téléphone : .....

..... Téléphone : .....

**Nom du médecin traitant :** ..... Téléphone : .....

## Revenus (en Euros) :

Bénéficiez-vous d'une aide financière (CPAS, autre) ? : .....

## Réservation :

.....

Pour une personne seule :

une chambre à 2 lits

une chambre à 1 lit

un studio

autre :

Pour un couple :

une chambre à 2 lits

un studio

autre : .....

## Informations complémentaires :

Avez-vous du mobilier personnel que vous désirez apporter ?  OUI  NON

Êtes-vous accompagné(s) d'un petit animal ?  OUI  NON

Si oui, lequel : .....

Comment avez-vous connu la Maison de Repos ORPEA ? .....

.....

Date et signature :

# PIÈCES À FOURNIR

pour l'ouverture d'un dossier

## Dossier administratif

- Fiche « Réservation »
- Carte SIS
- Fiche « Événements de vie du résident »
- Copie de la vignette de mutuelle
- Copie de la carte d'identité
- Numéro de compte bancaire
- Photo d'identité récente

## En cas de réservation ferme, fournir :

- Un acompte d'un montant de ....., déductible de la 1ère facture
- Demande de réservation datée et signée

## Dossier médical

Les informations médicales demandées ci-après seront bien entendu traitées dans l'établissement avec toute la discrétion nécessaire par le personnel compétent tenu au secret médical.

- Fiche « Admission » à remplir par le médecin traitant
- Dernières ordonnances médicales
- Traitements, soins infirmiers, soins kiné, etc.
- Bilan de santé à transmettre par votre médecin
- Certificat de non contagion
- Derniers documents médicaux en votre possession :
- Radiographies pulmonaires, Scanner cérébral, Mammographie, Autres examens ( ECG, Doppler...)
- Carnets de surveillance : Pace maker, Prothèses auditives, Porteurs implants oculaires, Diabète, etc.

## À compléter sur place le jour de l'entrée

- Convention d'hébergement et Règlement d'Ordre Intérieur
- État des lieux
- Inventaire des objets déposés (si besoin)

Mieux connaître nos résidents nous aide à offrir  
une prise en charge personnalisée

**Son passé - Sa famille :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Son parcours professionnel :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ses activités et ses passions :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ses goûts, ses désirs, ses peurs :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ADMISSION

Remplir par votre médecin traitant



LA VIE CONTINUE AVEC NOUS

Document couvert par le secret médical à remettre sous pli confidentiel au personnel médical de l'établissement, et joindre la synthèse du bilan de santé, ainsi qu'un certificat de non contagion.

Cher Docteur,

Nous vous remercions par avance de remplir soigneusement ce dossier médical. Il concerne l'état de santé d'une personne que vous suivez. La précision de vos renseignements contribuera à une prise en charge adaptée de votre patient.

Nom ..... Prénoms ..... Date de naissance .....

## ACTUELLEMENT, LA PERSONNE EST :

- À domicile                       À l'hôpital ou en clinique                       En établissement spécialisé  
 En maison de repos                       En maison de revalidation                       Autres .....

Coordonnées : .....

## Motif de la demande d'admission :

.....

## Antécédents médico-chirurgicaux et ophtalmiques :

.....

## Pathologies en cours :

.....

## Allergies :

.....

La personne a-t-elle bénéficié d'une vaccination anti-pneumococcique ?     OUI     NON  
Le résident est-il porteur d'une MRSA connue ?     OUI     NON

Si oui, localisation et type ? .....

.....

## Renseignements divers :

- Poids :  
 Tabac :                       OUI     NON  
 Alcool :                       OUI     NON  
 Diabète :                       OUI     NON                       DNID     DID  
 Ins. Thyroïdienne :                       OUI     NON  
 Pace Maker :                       OUI     NON  
 Transfusions :                       OUI     NON  
 Séquelles neurologiques :                       OUI     NON  
 Séquelles orthopédiques :                       OUI     NON  
 Pathologie psychiatrique :                       OUI     NON  
 Épilepsie :                       OUI     NON  
 Régime particulier :                       OUI     NON                      Lequel : .....  
 Autres pathologies :

