

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION CRT La Sentinelle



« Accompagnement
renforcé à domicile »



Réservé au CRT



CRT LA SENTINELLE
12 Rue Ernest Cézanne
05000 GAP

Tél. : 06 66 27 30 28



Hautes-Alpes
le département



INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant un accompagnement renforcé à domicile par le CRT doit compléter et retourner le dossier suivant.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE.

CE DOSSIER COMPREND :

° UN VOLET ADMINISTRATIF (3 pages) RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)

° UN VOLET MEDICAL (2 pages), DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR DU CRT D'EMMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DU CRT A PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCE AU DOMICILE DE LA PERSONNE.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ACCEPTATION.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur : Madame :

Nom de famille (*suivi, s'il y a lieu du nom de naissance*)

Prénom(s)

Date de naissance :

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE :

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune /Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse Mail :

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire : Vit Maritalement : Pacsé(e) : Marié(e) : Veuf (ve) : Séparé(e) : Divorcé(e) :

Nombres d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

OUI

NON

En cours

Si oui, laquelle : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE (Par exemple, événement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL ¹

Civilité : Monsieur : Madame :

Nom de famille (*suivi, s'il y a lieu du nom de naissance*)

Prénom(s)

Date de naissance :

Lieu de naissance

Pays ou département

ADRESSE :

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune /Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse Mail :

¹ En cas de mesure de protection juridique

DEMANDE

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez enfant/Proche Logement Foyer Hôpital SSIAD/SAD¹ Accueil de jour

Autre (préciser)

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) OUI NON

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (1)

Civilité : Monsieur : Madame :

Nom de famille (*suivi, s'il y a lieu du nom de naissance*)

Prénom(s)

ADRESSE :

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune /Ville :

Téléphone fixe : - - - - Téléphone portable : - - - -

Adresse Mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (2)

Civilité : Monsieur : Madame :

Nom de famille (*suivi, s'il y a lieu du nom de naissance*)

Prénom(s)

ADRESSE :

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune /Ville :

Téléphone fixe : - - - - Téléphone portable : - - - -

Adresse Mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

CONDITION DE VIE A DOMICILE

Vous vivez :

- Seul(e)
- Avec un conjoint
- Avec un enfant
- Autre

Vous bénéficiez de l'intervention de professionnels :

INTERVENANTS

NOMS

TELEPHONES

Infirmier et /ou SSIAD

Médecin traitant

Kinésithérapeute

Aides à la vie quotidienne de jour

Portage de repas

Accueil de jour

Coordonnateur gérontologie

Assistant social

Autre

Date de la demande : ___/___/___

Signature de la personne concernée et/ou de son représentant légal et/ou du référent familial

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION AU CRT LA SENTINELLE
« ACCOMPAGNEMENT RENFORCE A DOMICILE »**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur : Madame :

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--

MOTIF DE LA DEMANDE

Fin/Retour d'hospitalisation : Maintien à domicile difficile :

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNÉES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENT EN COURS OU JOINDRE UNE ORDONNANCE (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS : OUI NON

ALLERGIES : OUI NON Si oui (préciser)

CONDUITES A RISQUES	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTÉRIE MULTIRESISTANTE	NE SAIT PAS	OUI	NON
Si oui, préciser (localisation, etc.)			
Préciser la date du dernier prélèvement			

Taille

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

Poids

RISQUE DE FAUSSE ROUTE	OUI	NON

REEDUCATION	OUI	NON
Kinésithérapie		
Orthophonie		

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION AU CRT LA SENTINELLE
« ACCOMPAGNEMENT RENFORCE A DOMICILE »**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		1	2	3
		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO - COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

Localisation	
Stade	
Durée du soin	
Type de pansement	

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti - escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

Médecin qui a renseigné le dossier (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE :

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune /Ville :

Date

Signature :

Cachet du médecin

1 A : Fait seul les actes quotidiens : spontanément, Et totalement, et habituellement, et correctement
2 B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou correctement
3 C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement