

# Résidence de Vallois

E.H.P.A.D

Route d'Usseau

79210 MAUZE SUR LE MIGNON

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Comme convenu, nous vous adressons un dossier d'inscription pour une éventuelle entrée au sein de la Résidence de Vallois.

Ce dossier est composé de :

- ✓ Un règlement intérieur,
- ✓ Un questionnaire médical (\*),
- ✓ Une fiche de renseignements administratifs (\*).

*(\*) l'inscription définitive ne prendra effet qu'après réception de ces dossiers dûment complétés par vos soins.*

Les visites de l'établissement s'effectuent sur rendez-vous, du lundi au vendredi. Nous vous invitons donc à nous rencontrer.

N'hésitez pas à nous contacter pour tous renseignements complémentaires dont vous pourriez avoir besoin. Nous nous tenons à votre disposition.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La direction

# Résidence de Vallois

E.H.P.A.D

Route d'Usseau

79210 MAUZE SUR LE MIGNON

Date de la demande.....

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom.....

Nom de jeune fille.....

Prénoms.....

Date et lieu de naissance.....

Nom et prénom du père.....

Nom et prénom de la mère.....

Situation de famille :

célibataire

marié(e)

veuf(ve)

divorcé(e)

Date et lieu de mariage.....

Date de veuvage.....

Nombre d'enfants.....

Adresse actuelle.....

.....

Vous désirez être hébergés en :

chambre individuelle

chambre à deux lits

✧ (si vous optez pour la 1<sup>ère</sup> solution, accepteriez vous une chambre double au départ) :  oui  non

Téléphone : 05 49 26 09 00

Télécopie : 05 49 26 09 02

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de votre médecin traitant.....

Adresse et numéro de téléphone .....

.....

Caisse d'assurance maladie .....

Numéro d'assuré ..... Taux .....

A.L.D. :  oui  non

Caisse de mutuelle complémentaire .....

Numéro d'adhérent .....

Percevez-vous des prestations familiales :  oui  non

Si oui, nature .....

Numéro d'allocataire .....

Avez-vous conclu une convention obsèques :  oui  non

Si oui, nom de la compagnie .....

Numéro du contrat .....

Personnes à prévenir :

- Nom, adresse et numéro de téléphone du 1<sup>er</sup> contact :

.....  
.....

- Nom, adresse et numéro de téléphone du 2<sup>nd</sup> contact :

.....  
.....

## DOSSIER MEDICAL

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance :

Situation de famille : Célibataire – Marié(e)- Veuf(ve)-Divorcée

Nombre d'enfants :

Adresse personnelle :

Médecin généraliste :

Profession exercée :

Dossier APA : fait                      en cours                      accordé

ALD : oui              motif :                      non                      en cours

Protection juridique : fait              en cours                      non

### AIDES TECHNIQUES :

Fauteuil roulant : oui              non

Déambulateur : oui              non

Cannes : oui              non

Autres : oui              non

# Résidence de Vallois

E.H.P.A.D

Route d'Usseau

79210 MAUZE SUR LE MIGNON

A remplir par le médecin traitant ou le médecin responsable du service où le futur résident séjourne au moment de la demande

## ANTECEDENTS

FAMILIAUX : parents

Autres membres de la famille :

MEDICAUX	Chirurgicaux et obstétricaux	Neuro psy
HTA AVC Epilepsie Hépatite Tuberculose traumatisme crânien cancer autre	Hystérectomie Cholécystectomie prothèse de Hanche hernie fracture autre	Dépression démence troubles du sommeil troubles de la mémoire troubles du comportement agressivité autre

## ALLERGIE :

**POIDS :**

Dernière **TAILLE** connue :

**IMC**

## TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX

Kinésithérapie : cause

autre :

rythme



# Résidence de Vallois

E.H.P.A.D

Route d'Usseau

79210 MAUZE SUR LE MIGNON

## ALIMENTATION :

- 1 Troubles de la déglutition : oui non
- 2 Régime alimentaire : oui non  
Si oui : cause :  
Depuis :
  
- 2 Prothèse dentaire : oui non

## ETAT VACCINAL :

- 1 DPT :
- 2 Grippe :
- 3 Pneumocoque :
- 4 Hépatite :
- 5 Autres :

## SOINS :

- 1 Pansements : oui non  
Escarres : oui non  
Autre : oui non
- 2 Insuline : oui non
- 3 Sonde urinaire : oui non
- 4 Poche de colostomie : oui non
- 5 Oxygénothérapie : oui non
- 6 Autres :

## PRECISIONS SUPPLEMENTAIRES:

- 1 Risque de fugue : oui non
- 2 Chutes : Fréquentes : oui non  
Parfois : oui non  
Jamais : oui non

## ECHELLE IADL :

- 1 Utilise le téléphone : oui non
- 2 Gère ses médicaments : oui non
- 3 Gère son budget : oui non  
Si non qui s'en occupe ? \_\_\_\_\_

Ces modifications sont elles intervenus dans l'année oui non

# Résidence de Vallois

E.H.P.A.D

Route d'Usseau

79210 MAUZE SUR LE MIGNON

## LE TROUSSEAU

✓ Serviettes de table .....	10
✓ Mouchoirs .....	10
✓ Slips.....	14
✓ Maillots de corps .....	7
✓ Chaussettes, collants ou bas (paires) .....	7
✓ Combinaisons .....	7
✓ Chemises de nuit ou pyjamas.....	7
✓ Robes de chambre.....	2
✓ Robes et/ou jupes .....	7
✓ Pantalons et/ou joggings.....	7
✓ Pulls .....	5
✓ Chemises, chemisiers.....	5
✓ Tabliers (pour les personnes qui le souhaitent)	
✓ Chaussons lessivables (paires) .....	2
✓ Chaussures (paires par saison).....	1
✓ Bretelles et ceintures	
✓ <u>SAC DE VOYAGE OU VALISE (EN CAS D'HOSPITALISATION)</u>	

Pour la toilette :

- ✓ Rasoir électrique ou rasoirs manuels
- ✓ Mousse à raser, (si rasoirs manuels)
- ✓ Brosse à dents
- ✓ Tube de dentifrice
- ✓ Verre à dents
- ✓ Savon de Marseille
- ✓ Produit pour la douche
- ✓ Shampoing
- ✓ Eau de Cologne
- ✓ Stéradent
- ✓ Cotons tiges
- ✓ Coton hydrophile
- ✓ Peigne et/ou brosse à cheveux
- ✓ TROUSSE DE TOILETTE

**L'ENSEMBLE DU TROUSSEAU (MARQUES TISSEES) ET DU NECESSAIRE DE TOILETTE  
(FEUTRE INDELEBILE) DOIVENT ETRE OBLIGATOIREMENT MARQUEES  
AU NOM ET PRENOM DU RESIDENT**

Téléphone : 05 49 26 09 00

Télécopie : 05 49 26 09 02