

NOM

PRÉNOM



Photo
d'identité
à coller

RESIDENCE LA CALIFORNIE

✉ : 37 Avenue de la Californie
69600 Oullins

☎ : 04-78-86-61-50

@ : residence.californie@ville-oullins.fr

**OULLINS
PIERRE
BENITE**

Cadre réservé à l'administration

N° dossier :

Déposé le :

Date de commission :/...../.....

Accepté

Refusé

Date d'entrée :/...../.....

Notice explicative

La Résidence « La Californie » est un établissement social et médico-social et plus précisément une Résidence Autonomie. Elle est gérée par le Centre Communal d'Action Sociale d'Oullins et sa principale mission est de répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées encore autonomes et désireuses de vivre en collectivité.

La résidence garantit par ailleurs aux résidents un cadre confortable et sécurisé, favorisant la préservation de l'autonomie et la lutte contre l'isolement social.

Elle est accessible aux personnes âgées autonomes à partir de 60 ans et retraitées.

Le dossier d'admission comprend :

- Un dossier administratif à remplir par la personne demandeuse ou son représentant égal (proches, travailleur social, tuteur, etc.)
- Un certificat médical à faire remplir par un médecin
- Les annexes comprenant : la liste des documents à joindre lors de l'admission

Le dossier doit impérativement être accompagné des pièces justificatives demandées.

La résidence autonomie « La Californie » est habilitée à l'Aide Personnalisée au Logement (APL) et à l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH).

Si vous souhaitez bénéficier de ces aides, le service pourra vous renseigner sur les démarches à entreprendre.

Le dossier complet est à adresser :

- Par courrier à : Résidence La Californie, 37 avenue de la Californie, 69600 Oullins
- Par mail à : residence.californie@ville-oullins.fr
- Remis en main propre à la résidence

FORMULAIRE D'ADMISSION

Demande faite le :/...../.....

Personne(s) concernée(s) :

Demande d'entrée :

Temporaire : du/...../..... au/...../.....

Définitive

Date d'entrée souhaitée :

Immédiat

Dans les 6 mois

Provenance :

Commune d'Oullins : demandeur

ancienneté sur la commune :

Commune d'Oullins : proches*

Hors commune

**Les proches sont : les enfants ou les frères, sœurs, neveux, nièces si pas d'enfants*

Motif de la demande :

.....
.....
.....

Dossier administratif

État civil

Nom : **Prénom :**

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../..... **Lieu de naissance :**

Nationalité :

Numéros de téléphone :

⇒ Portable :

⇒ Fixe :

Adresse mail (si existante) :@.....

Profession antérieur :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Adresse actuelle :

CP : **Ville :**

Conjoint :

Nom : **Prénom :**

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../..... **Lieu de naissance :**

Nationalité : **Profession antérieur :**

Données personnelles

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle :

Nom de(s) la caisse(s) de retraite :

.....

Mesure de protection : Curatelle Tutelle

Identité du mandataire :

Nom : Tél :

Adresse postale :

Adresse mail :@.....

Finances

Revenu fiscal de référence :

Moyen de paiement :

Prélèvements

Chèques, à l'ordre du trésor public

Financement des frais de séjour :

Seul(e) Obligés alimentaires ou tiers Aides sociales (APL / ASH)

Aides financières :

APL : Aide Personnalisée au Logement

APA : Allocation Personnalisée
d'Autonomie

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

Aide financière de la **CARSAT**

Personnes à contacter

Priorité 1

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté : Téléphone :

Adresse postale :

Adresse mail :@.....

Priorité 2

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté : Téléphone :

Adresse postale :

Adresse mail :@.....

Priorité 3

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté : Téléphone :

Adresse postale :

Adresse mail :@.....

Intervenants extérieurs

⇒ **Infirmiers** :

Nom : Tél :

Fréquence d'intervention :

Type de soins :

⇒ **Service d'aide à domicile** :

Nom : Tél :

Fréquence d'intervention :

Type de prestation :

⇒ **Kinésithérapeute** :

Nom : Tél :

Fréquence d'intervention :

Type de soins :

⇒ **Pharmacie** :

Nom : Tél :

⇒ **Laboratoire** :

Nom : Tél :

Certificat médical

(A faire remplir par le médecin)

Personne concernée par l'hébergement

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../.....

La personne est-elle actuellement hospitalisée ?

OUI NON

Si oui, dans quel service :

Médecin qui renseigne le dossier

Nom-prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

Mail :@.....

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom-prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

Mail :@.....

Coordonnées du médecin spécialiste* (si existant) :

Antécédents		
Médicaux	Chirurgicaux	Psychiatriques
Traitements en cours (joindre les ordonnances)		
Pathologies actuelles traitées et appareillages		
ALD : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc...) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc...)		
Allergies		

État clinique actuel :

- **Cardio-vasculaire :**

TA :

Fréquence cardiaque :

Stimulateur cardiaque :

Troubles du rythme :

- Angor d'effort :
- Angor de repos :
- Artérite :
 - Stade :
- Insuffisance veineuse :
- Troubles trophiques :
- Autres :

- **Pneumologie :**

Tabagisme :

Insuffisance respiratoire :

Bronchite chronique :

Autre :

Appareillage : continue non continue

- Ventilation non invasive (VNI) :
- Extracteur d'oxygène :
- Cuve d'oxygène liquide avec portatif :

- **Digestif :**

Alcool :

⇒ Consommation :

Insuffisance hépatique :

Colopathie :

Lithiase biliaire :

Autre :

⇒ Appareillage :

Stomie :

Cirrhose :

Constipation :

Hémorroïdes :

Incontinence :

Gastrostomie :

- **Urinaire :**

Incontinence :

- De repos :
- D'effort :

Prolapsus :

Autre :

⇒ Appareillage = Sonde à demeure ou autre :

Lithiase urinaire :

Prostatisme :

Infections urinaires récidivantes :

- **Locomotion :**

Arthrose :

⇒ Localisation :

Rhumatismes :

⇒ Localisation :

Autre :

Prothèses :

⇒ Localisation

⇒ Type :

Appareillage de locomotion :

- Canne
- Déambulateur
- Fauteuil roulant

- **Neurologique :**

AVC :

⇒ Séquelles :

Déficit moteur :

Chutes :

Troubles de la mémoire :

⇒ Type :

Désorientation :

- Temps :
- Espace :

Autre :

- **Psycho-comportementale :**

Idées délirantes :

Hallucinations :

Agitation, agressivité :

Dépression :

Anxiété :

Exaltation de l'humeur :

Autre :

Apathie, indifférence :

Désinhibition :

Irritabilité / instabilité de l'humeur :

Troubles du sommeil :

Troubles de l'appétit :

- **Déficiences sensorielles :** si oui précisez

Visuelle :

Gustative :

Vestibulaire :

Tactile :

Auditive :

Olfactive :

⇒ Appareillage :

- Lunettes :
- Appareil auditif :
- Appareil dentaire :

GRILLE AGGIR

Nom :		Age :				
Prénom :		Sexe :				
Date :						
Variables	Sous variables	Adverbe				Modalité
		S	T	C	H	
1-Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir		S	T	C	H	
2-Déplacements à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		S	T	C	H	
3-Toilette Concerne l'hygiène corporelle	Haut	S	T	C	H	
	Bas	S	T	C	H	
4-Élimination Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Haut	S	T	C	H	
	Bas	S	T	C	H	
5-Habillage S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	S	T	C	H	
	Moyen	S	T	C	H	
	Bas	S	T	C	H	
6-Cuisine Préparer ses repas et les conditionner pour être servis		S	T	C	H	
7-Alimentation Manger les aliments préparés	Se servir	S	T	C	H	
	Manger	S	T	C	H	
8-Suivi du traitement Se conformer à l'ordonnance du médecin		S	T	C	H	
9-Ménage Effectuer l'ensemble des travaux ménagers		S	T	C	H	
10-Alerter Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme		S	T	C	H	
11-Déplacements à l'extérieur A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		S	T	C	H	
12-Transport Prendre et/ou commander un moyen de transport		S	T	C	H	
13-Activités du temps libre		S	T	C	H	
14-Achats Acquisition directe ou par correspondance		S	T	C	H	
15-Gestion Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		S	T	C	H	
16-Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	Dans le temps	S	T	C	H	
	Dans l'espace	S	T	C	H	
17-Cohérence Conserver et/ou se comporter de façon sensée	Communication	S	T	C	H	
	Comportement	S	T	C	H	

Notice grille AGGIR

Comment coder le modèle AGGIR :

1/ L'observation porte sur les activités effectuées par la personne seule, en excluant ce que font les « aidants » et les soignants (il faut en effet bien distinguer ce que fait la personne âgée et ce que font l'entourage et les professionnels).

En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie intégrante de la personne : lunettes, prothèse auditive, fauteuil roulant, poche de colostomie, etc...Par exemple : une personne amputée des deux jambes, ses transferts étant assurés, se déplaçant avec un fauteuil roulant en tout lieu, dans un environnement adapté, n'aura aucune difficulté pour les déplacements à la condition que ces déplacements répondent aux critères définis plus loin.

2/ Chaque variable peut prendre trois modalités :

Pour chacune des variables et sous variables il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité, puis seulement dans un deuxième temps, en fonction de la réponse aux adverbes, de coder la variable par A, B ou C.

A = fait seul : spontanément et totalement et habituellement et correctement

C = ne fait pas seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

B = fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement

Spontanément suppose qu'il n'existe pas d'incitation ou de stimulation, totalement suppose que l'ensemble des activités du champ analysé soit réalisé, habituellement fait référence au temps et à la fréquence de réalisation, et correctement recouvre trois aspects : la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis à vis de soi et les autres.

Le principe de la méthode est de répondre par oui ou non à une question pour chaque adverbe du type : « La personne fait-elle seule ses transferts chaque fois que cela est nécessaire et souhaité ? » pour la variable Transferts et pour l'adverbe habituellement par exemple.

Pour chacune des variables et sous-variables une réponse positive pour les quatre adverbes correspond au codage A, une réponse négative aux quatre adverbes au codage C et une réponse négative à certains adverbes seulement au codage B.

Légende	
A	La réponse est oui à tous les adverbes
B	La réponse est non pour 1 à 3 adverbes
C	La réponse est non à tous les adverbes
S	Spontanément
T	Totalement
C	Correctement
H	Habituellement

Attestation médecin

Je soussigné Docteur certifie
que M.- Mme

n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse et que son état de santé ne nécessite
pas de l'aide d'une tierce personne pour les actes quotidiens de la vie.

Le,

A,

Tampon + signature du médecin