CENTRE HOSPITALIER
Aire sur la Lys

Tél. : 03.21.39.00.65 – Fax : 03.21.95.95.51 (Administration)
Tél. Foyer de Vie : 03.21.12.81.98 – Fax Secrétariat Médical : 03.21.12.23.12

DOSSIER de Demande d'ADMISSION FOYER DE VIE

Liste des pièces à adresser à :

Monsieur Le Directeur
CENTRE HOSPITALIER
Quai des Bateliers - BP 80149
62922 AIRE SUR LA LYS CEDEX

1°) Notification de décision de placement délivré par la **M.D.P.H.** pour le placement en Foyer de Vie,

2°) Le dossier médical ci-joint, complété par le Médecin Traitant ou par l'Etablissement hospitalier,

3°) Copie de l'attestation d'assuré social + Carte Vitale,

4) Copie de la carte de mutuelle,

5°) Copie du livret de famille ou toute pièce d'Etat Civil,

6°) L'engagement de payer ci-joint, à signer, (prise en charge des frais de placement en Foyer de Vie) **TARIF 2016 :** 109,18 **Euros/Jour + Imprimé « Département du PAS-de-CALAIS » si une demande d'aide sociale est établie.**

7°) Les justificatifs de toutes les ressources, ainsi que la copie de la dernière déclaration d'impôt ou l'avis d'imposition ou de non-imposition,

8°) Un R.I.P. ou R.I.B.,

9°) Possibilité d'allocation de logement à caractère social,

10°) Si placement sous tutelle ou curatelle : copie *du jugement.*

N.B. : si une demande d'aide sociale est établie : fournir les relevés des différents comptes ; livrets, titres, capitaux depuis 1 an.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

DEMANDE DE PLACEMENT

DATE DE LA DEMANDE :

Personne pour qui le placement est sollicité :

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

_____

HOSPITALISATIONS ANTERIEURES ET PERIODES : _____

_____

SITUATION DE FAMILLE (1):

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié(e)
- ☐ Veuf(ve)
- ☐ Divorcé (e)

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE : _____

_____

NUMERO D'IMMATRICULATION A CETTE CAISSE : _____

MONTANT DES RESSOURCES MENSUELLES : _____

_____

RENSEIGNEMENTS DIVERS : _____

_____

_____

_____

Personnes qui sollicitent le placement :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE COMPLETE : _____

_____

NUMERO DE TELEPHONE : _____ LIEN DE PARENTE : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE COMPLETE : _____

_____

NUMERO DE TELEPHONE : _____ LIEN DE PARENTE : _____

(1) Cocher la case correspondante

N°.1

CENTRE HOSPITALIER
Aire sur la Lys

CENTRE HOSPITALIER d'AIRE-SUR-LA-LYS

Quai des Bateliers
62120 AIRE SUR LA LYS Cedex

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) _____

Lien de parenté _____

domicilié(e) à _____

m'engage à payer les frais d'hospitalisation, déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers payeurs (Sécurité Sociale, Aide Sociale, Mutuelle, A.P.L., A.P.A., …) de :

_____

en Service de **FOYER DE VIE** moyennant le prix de **109,18 Euros** **tarif 2016** par jour à dater de la **date d'entrée** et ce pendant toute la durée du séjour.

En cas de majoration du prix, je m'engage à payer le complément.

AIRE SUR LA LYS, le
(signature)

CENTRE HOSPITALIER
Aire sur la Lys

CENTRE HOSPITALIER d'AIRE-SUR-LA-LYS

Quai des Bateliers
62120 AIRE SUR LA LYS Cedex

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) _____

Lien de parenté _____

domicilié(e) à _____

m'engage à payer les frais d'hospitalisation, déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers payeurs (Sécurité Sociale, Aide Sociale, Mutuelle, A.P.L., A.P.A., ...) de :

_____

en Service de **FOYER DE VIE** moyennant le prix de **109,18 Euros** **tarif 2016** par jour à dater de la **date d'entrée** et ce pendant toute la durée du séjour.

En cas de majoration du prix, je m'engage à payer le complément.

AIRE SUR LA LYS, le
(signature)

DEMANDE DE REVERSEMENT
(DEPARTEMENT DU PAS DE CALAIS)

Document à compléter et à transmettre au secrétariat médical

DECLARATION DE RESSOURCES ET ENGAGEMENT DE VERSEMENT EN ATTENTE D'UNE DECISION DE L'AIDE SOCIALE

POUR LA PERIODE TRANSITOIRE ALLANT DE LA DATE D'ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT A LA DATE DE DECISION DE LA COMMISSION CANTONALE D'AIDE SOCIALE

Je soussigné(e) Melle, Mme ou Mr ……..

Né(e) le ……..

Résidant à l'Etablissement ……

depuis le ……

DECLARE DISPOSER DES RESSOURCES MENSUELLES IMPOSABLES ET NON IMPOSABLES SUIVANTES :

PENSION PRINCIPALE ……

PENSIONSCOMPLEMENTAIRES……
……
……
……
……

AUTRES (pensions alimentaires, …)……

REVENUS IMMOBILIERS (loyers, fermages, usufruits,….) ……
……

RENTE ACCIDENT TRAVAIL, PENSION D'INVALIDITE ……
……

REVENUS DE L'EPARGNE (intérêts annuels)……
……

AIDE AU LOGEMENT (A.P.L.ou A.L.S) ……
……

SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT ASSURANCE VIE ET D'UN CONTRAT OBSEQUE
……

DONNE PROCURATION AU COMPTABLE DE L'ETABLISSEMENT POUR ENCAISSER MES RESSOURCES ET PAYER MES DEPENSES

Conformément à l'article L42-1 du code de la famille et de l'aide sociale (Loi 86-17 du 06 janvier 1986, aux dispositions législatives et réglementaire en vigueur.

JE M'ENGAGE, EN CAS DE REJET PAR LA COMMISSION CANTONALE D'AIDE SOCIALE, A REMBOURSER LES SOMMES AVANCEES PAR LE CONSEILGENERAL ET NON COUVERTES PAR LA PROVISION

FAIT A ……le……
SIGNATURE DE L'HEBERGE(E)
SON REPRESENTANT LEGAL

FAIT A……le……
SIGNATURE et CACHET DU COMPTABLE OU DE
DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER Aire sur la Lys

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Fiche confidentielle à remplir par le médecin traitant ou la structure hospitalière de l'intéressé(e)
Joindre les photocopies des comptes-rendus d'hospitalisation et des différents bilans réalisés

NOM : PRENOM :
Date de Naissance : Lieu :
Sexe :
Adresse Actuelle :
Code Postal : VILLE :

1. Résumé des différentes pathologies de la personne :

Spécialités	*Observations*
CARDIOLOGIE	
CHIRURGIE	
ENDOCRINOLOGIE	
GASTROLOGIE	
GYNECOLOGIE	
NEPHROLOGIE	
NEUROLOGIE	
PNEUMOLOGIE	
PSYCHIATRIE	
MEDECINE GENERALE	

2. Prothèse / Appareillage :

Dentier : ☐ OUI ☐ NON

Appareil auditif : ☐ OUI ☐ NON
(Si OUI, préciser) : .....
.....

Port de lunette/lentilles : ☐ OUI ☐ NON

Appareillage (fauteuil, canne, rolator) : .....
.....
.....

Aide technique nécessaire (ex : lève malade) : .....
.....
.....

3. Allergies :

ALLERGIES ET CONTRE-INDICATIONS :

4. Conduites addictives :

☐ Tabac : quantité .....

☐ Alcool : quantité .....

☐ Autres : .....
.....
.....

5. Vaccination de la personne :

☐ A jeun ☐ En cours de régulation ☐ A effectuer

ETAT GENERAL

VACCINATIONS

	D.T POLIO	HEPATITE B	AUTRES :
Dates	1ère Injection :	:	:
	2ème Injection :	:	:
	3ème Injection :	:	:

Dernier rappel :

6. Type d'alimentation :

☐ entier ☐ mixé ☐ haché ☐ semi-liquide

☐ Autres : .....

TRAITEMENT ACTUEL

- Médical :

- Soins infirmiers :

- Kinésithérapie :

- Orthophonie :

- Autres observations :

Je soussigné DOCTEUR _____

Certifie que : _____

ne présente actuellement aucun signe d'affection contagieuse

A

Le

Signature,

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN

FICHE D'OBSERVATION

PRESENTATION – ATTITUDES PHYSIQUES

ANTECEDENTS INSTITUTIONNELS ET FAMILIAUX (Enfance, Adolescence, Age adulte, ifficultés rencontrées …)
Enfance : Adolescence : Age adulte : Difficultés rencontrées :

CAPACITES SENSORIELLES ET FONCTIONNELLES	
- vision	
- audition	
- locomotion	

AUTONOMIE – NIVEAU D'HABILETE PSYCHOMOTRICE	
- au point de vue de l'hygiène corporelle	
- au point de vue vestimentaire	
- dans les conduites alimentaires	
- dans les conduites excrémentielles	

SOMMEIL ET VIGILANCE	
- qualité du sommeil	
- fluctuation de la vigilance	
HABILETE PSYCHOMOTRICE	
Adresses / Maladresses des gestes volontaires, coordination	
COMMUNICATION, VIE RELATIONNELLE ET SOCIALE	
- capacité d'utilisation du langage	
- expression concrète	
- compréhension	
- expression de la vie affective et émotionnelle	
- réactivité face à la réalité	
- centre d'intérêt	
- vie relationnelle et sociale	
- rapport et relation avec la famille	
- rapport avec la réalité concrète et le milieu	
- comportement vis-à-vis de soi-même	
- sexualité	
EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES ET CAPACTIES INTELLECTUELLES	

Annexe n°2

DEMANDE MEDICALE DE
PREPARATION DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX
PDA = Préparation des Doses à Administrer

Identification du médecin :

L'état de Madame, Monsieur _____ _____ nécessite la préparation de son traitement en pilulier, pour toutes les doses à administrer pouvant faire l'objet d'une telle préparation.

Le traitement médicamenteux doit être préparé en pilulier en vue de l'aide à l'administration et à l'observance du résident, pour les seuls médicaments dont les caractéristiques le permettent, sous réserve de la stabilité du schéma posologique, et dans les conditions prévues par la réglementation.

Nom et prénom, date et signature du médecin :

CENTRE HOSPITALIER
62922 AIRE-SUR-LA-LYS Cedex
FOYER DE VIE

Annexe n°4

DEMANDE DE PRESTATION PHARMACEUTIQUE DU RESIDENT

Je, soussigné(e) Madame, Monsieur _____, résident du Foyer de Vie non médicalisé dépendant du Centre Hospitalier ou son représentant légal,

- Déclare avoir été informé(e) de l'engagement de l'établissement dans une démarche conventionnelle de qualité et de traçabilité totale du circuit du médicament selon le standard requis par le Centre Hospitalier dont dépend le Foyer de Vie non médicalisé
- Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé par un Pharmacien d'Officine engagé par convention à ces objectifs de qualité, de sécurité et de traçabilité totale de sa prestation,
- Demande la dispensation, la préparation éventuelle, la conservation et la gestion nominative sous traçabilité totale de mes médicaments à préparer par et au sein de cette Pharmacie d'Officine,
- Demande la préparation de mes médicaments en pilulier nominatif tracé à usage unique afin d'en faciliter l'administration
- Demande la destruction des médicaments que je n'aurais pas utilisés selon les procédures assurant la traçabilité de la destruction et la protection de l'environnement,
- Autorise le traitement des données informatiques me concernant à partir des serveurs sécurisés de la pharmacie d'Officine dans le respect du secret médical
- La PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) du Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys n'ayant pas l'autorisation de rétrocéder les médicaments réservés à l'usage hospitalier (RUH) se fera sous forme de rétrocession à partie de la PUI du Centre Hospitalier de la région de Saint Omer
- Dans tous les cas vous recevrez directement, de la part de la pharmacie d'Officine, les informations liées au règlement dû par le résident pour les traitements médicamenteux
- Le résident ou son représentant demandant ce service gracieux au sein de notre établissement ne renonce pas à son droit fondamental et permanent au libre choix de son pharmacien dispensateur sous réserve d'informer le Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys de son nouveau choix.
- Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, la personne résidente ou son représentant légal bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. Pour exercer ce droit, ils peuvent s'adresser au Directeur du Centre Hospitalier dont dépend le Foyer de Vie non médicalisé, à la pharmacie d'Officine
- Pour bénéficier de toute autre information concernant le système sécurisé de suivi du médicament et les services permettant l'accompagnement optimal de son traitement médicamenteux dans le Foyer de Vie, le résident ou son représentant est invité à nous consulter

Nom et prénom, date et signature :