

**RESIDENCE DU VAL D'ELORN**  
 60 rue de Brest  
 29450 SIZUN  
 02.98.68.82.40  
 02.98.68.83.00  
 Email : [accueil@val-elorn.fr](mailto:accueil@val-elorn.fr)



**NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE**  
 Date d'inscription :  
 Numéro de dossier :  
 Groupe G.I.R. :

## DOSSIER D'INSCRIPTION (A renseigner)

**Hébergement souhaité : Temporaire**

Période demandée : du ..... au .....

**Identité :**

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de jeune fille : .....

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

Situation de famille\* : Marié(e)  Veuf (ve)  Divorcé(e)  Célibataire

Adresse du domicile : .....

.....

Téléphone : .....

Ancienne profession : .....

Votre inscription concerne : une personne seule  un couple

**Actuellement, vous résidez :**

Domicile  Seul  Couple

Hôpital  Court  Moyen  Long séjour

Clinique : .....

Maison de repos : .....

Autre (famille, foyer logement...) : .....

**Inscription :**

A la demande de l'intéressé(e) :

A la demande de la famille :

**Référents :**

NOM PRENOM	ADRESSE	TEL/FAX/EMAIL	LIEN DE PARENTE

## Renseignements administratifs

### Sécurité Sociale :

Nom de la caisse : ..... N° immatriculation : .....

### Mutuelle :

Nom de la caisse : ..... N° d'affiliation ou de dossier : .....

### Caisses de retraite (Précisez le nom de vos caisses) :

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

### Autres renseignements :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection :  Oui  Non

Si oui, précisez laquelle :  Tutelle  Curatelle  Autre

Nom du tuteur ou de l'organisme : .....

### • Activité(s) professionnelle(s) antérieure(s) :

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

### Prestations sociales :

Êtes-vous titulaire des prestations sociales ci-après :

Allocation logement: Oui  Non

Allocation personnalisée d'autonomie : Oui  Non

Allocation adulte handicapé : Oui  Non

Autre (Précisez) : .....

### MOTIFS SOCIAUX DE LA DEMANDE :

- Insuffisance de prise en charge précédente
- Changement de structure pour raison personnelle
- Suite d'hospitalisation avec impossibilité de retour à domicile
- Aggravation de l'état de dépendance
- Conjoint (e) décédé(e) ou perte du soutien familial
- Membre d'un couple dont le conjoint a nécessité l'admission
- Isolement- insécurité trop forte pour rester à domicile
- Inadaptation du logement
- Transition après l'hôpital pour assurer le retour à domicile
- Période d'essai de vie en collectivité
- Autres causes

**IMPORTANT**

**Ce dossier d'inscription devra nous être adressé accompagné de la fiche de renseignements médicaux signés et cachetés par le médecin.**

NOM Prénom : \_\_\_\_\_  
Chambre : \_\_\_\_\_  
Durée du séjour : \_\_\_\_\_  
Médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Allergie connue : \_\_\_\_\_

**Mobilité :**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autonome   | <input type="checkbox"/> Canne  | <input type="checkbox"/> Déambulateur<br><input type="radio"/> Personnel<br><input type="radio"/> A prévoir |
| <input type="checkbox"/> Utilisation du lève malade   | <input type="checkbox"/> Fauteuil<br><input type="radio"/> Personnel<br><input type="radio"/> A prévoir | <input type="checkbox"/> Risque de chute  |
| <input type="checkbox"/> Déambulation<br><input type="radio"/> Diurne<br><input type="radio"/> Nocturne |   |   |

**Hygiène/toilette**

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autonome   | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
| <input type="checkbox"/> Passage infirmier : coordonnées du cabinet _____ |   |                                      |

**Habillage/déshabillage**

- |                                   |   |                                      |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Aide totale |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|

**Elimination**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Continent                       | <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="radio"/> urinaire<br><input type="radio"/> fécale |
| <input type="checkbox"/> Protections                     | <input type="checkbox"/> Pants  |
| <input type="checkbox"/> Sonde urinaire : posée le _____ |   |

**Tournez SVP**



### Alimentation/hydratation

- Aide partielle route
- Aide totale
- Risque de fausse route
- Régime alimentaires
- Diabétique
- Compléments
- Texture : \_\_\_\_\_
- Goûts alimentaires
  - Aime : \_\_\_\_\_
  - N'aime pas : \_\_\_\_\_
- Petit déjeuner : \_\_\_\_\_

### Sommeil

- Qualité du sommeil : \_\_\_\_\_
- Somnifère : heure \_\_\_\_\_
- Système de protection au lit

### Appareillage

- Prothèse dentaire
  - Haut
  - Bas
- Prothèse auditive
  - Droite
  - Gauche
- Lunettes

### Etat cutané

- Escarre
- Ulcère
- Autres plaies
- Matelas à air à prévoir

### Protocole

**En cas de location de dispositifs médicaux tels que matelas à air, fauteuil, déambulateur, etc. ...., il est nécessaire de suspendre la location durant toute la durée du séjour**



Commune de naissance : .....

Lieu où la personne a grandi : .....

Profession : .....

Situation familiale : Marié  Veuf  Divorcé

Prénom du conjoint : ..... Décédé(e) Date : .....

Enfants : Oui  Non

- 1-.....  Décédé(e) Date : .....
- 2-.....  Décédé(e) Date : .....
- 3-.....  Décédé(e) Date : .....
- 4-.....  Décédé(e) Date : .....
- 5-.....  Décédé(e) Date : .....

Commune de provenance : .....

Motif de la demande en temporaire :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Loisirs antérieurs :

.....

.....

.....

.....

.....