EHPAD Roger Jalenques
2, rue Antonin Fel
15600 MAURS
Tél.: 04.71.49.01.92
Fax : 04.71.49.19.20
contact@mr-maurs.fr
www.ehpadrogerjalenques.fr

Dateé é é é é é é é é é é é

FICHE INSCRIPTION EHPAD Roger JALENQUES

INTERESSÉ(E)

Nom :é é é é é é é é é é Prénom :é é é é .é é é é é é é é é é é é é é é é ..

Date de naissance :é é é é Lieu de naissance :é é é é é é é .....

Adresse :é .é é é é é é é é é é ..

é .

N° téléphone :é é é é é é é é é é é é .

Situation familiale* : Célibataire Veuf (ve) Mariã(e)

Enfants* : NON OUI nombre :é é é é é é é é é é é é é é é é é .....

N° sécurité sociale : é é é é é é é é é é é é é é .....

Nom et adresse de la caisse de retraite :é é é .....

Mutuelle :é .....

Accepterait une chambre double* : OUI NON

Bénéficiez-vous du SSIAD de lõétablissement? OUI NON

Bénéficiez-vous du portage de repas de lõétablissement? OUI NON

Mesure de protection juridique? OUI NON EN COURS

Si oui seul le tuteur ou curateur est habilité à remplir cette fiche dõinscription.

SOLLICITEUR

Nom :é é é é é é é é é é é .. Prénom :é é é é é é é é é é é é é é é é é ..

Adresse :é .é é ...é .é é é é ..

é .

N° téléphone :é .é é é é .

Qualité (époux (se), enfant, tuteur) :é .

Inscription* : sur demande de lõintéressé(e)

À la seule initiative du solliciteur

Les deux

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Renseignements concernant Mé .

Nom du médecin traitanté .

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Troubles de la cohérence*		oui	non	parfois
Troubles de l'orientation*		oui	non	parfois
Aide pour la prise des repas*		oui	non	aide partielle
Régime alimentaire*		oui	non	
		À préciseré é é é é é é é é é é é é é é é é é		
Incontinence* :	**urinaire**	oui	non	
	anale	oui	non	
Toilette*	**haut**	seul(e)	aide partielle	aide totale
	bas	seul(e)	aide partielle	aide totale
Habillage*	**haut**	seul(e)	aide partielle	aide totale
	bas	seul(e)	aide partielle	aide totale
Transfert*		seul(e)	aide partielle	aide totale
Déplacements*	**intérieur**	seul(e)	aide partielle	aide totale
	extérieur	seul(e)	aide partielle	aide totale
Moyens de suppléance* :		canne	déambulateur	fauteuil roulant

Remarques :

Le déclarant est informé qu'une partie des renseignements caractérisant la présente demande fait l'objet d'un traitement informatisé dans des conditions conformes à la loi du 6 janvier 1978 (loi informatique et libertés) modifiée par la loi du 6 aout 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.