



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

Demande à retourner à la Maison de Vie

Par fax : **03 81 82 43 51**
 Par courrier à l'adresse suivante : **La Maison de vie - 17 rue de la Basilique - 25000 Besançon**
 Par mail : soins.mdv-besancon@croix-rouge.fr
 Pour tout renseignement contacter la Maison de Vie : tel : 03 81 82 43 50

Date de la demande d'admission :

RENSEIGNEMENTS SUR LA STRUCTURE ET/OU PERSONNE DEMANDANT L'ADMISSION

Demande formulée par une structure	OUI	NON
NOM DE LA STRUCTURE.....		
Nom du référent de la demandeN° de tel		

Demande formulée le médecin traitant	OUI	NON
Nom du Médecincoordonnées (tel) :		

Demande formulée par un particulier	OUI	NON
NOM DU DEMANDEUR		
Lien de parenté avec la personne à accueillir		

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA PERSONNE A ACCUEILLIR (à renseigner impérativement)

NOM ET PRENOM :

Date de naissance : Age : lieu de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Numéro de sécurité sociale : Caisse d'assurance maladie :

Mutuelle complémentaire : Numéro adhérent :

Lieu de séjour actuel

- Domicile
- Hôpital :
- Clinique :
- HAD
- SSIAD
- service :
- service :



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

TYPE DE SEJOUR DEMANDE ET DATE D'ADMISSION

Date souhaitée d'admission :

Type de séjour souhaité :

- ➔ séjour court * oui non préciser le temps souhaité.....
- ➔ séjour long * oui non préciser le temps souhaité.....

- (*) - Séjour de répit court : entre 8 et 45 jours
 Séjour de répit long : entre 45 et 90 jours¹

Tout séjour à la Maison de vie fait l'objet d'un période d'essai d'une semaine pour les séjours longs et de 2 jours pour les séjours courts, période au terme de laquelle la direction ou le résident peut mettre fin au séjour.

(1)- Les séjours longs sont de 90 jours maximum (par an et par personne). Toutefois dans certaines situations particulières (notamment prises en charges palliatives) la durée du séjour peut être prolongée de manière dérogatoire sur certificat médical).

Prestations

Orientation hébergement temporaire	OUI	NON
Date de la décision de la CDAPH/...../.....	

Taux d'incapacité	%
Date de la décision de la CDAPH/...../.....	

AAH	OUI	NON
-----	-----	-----

PCH	OUI	NON
-----	-----	-----

Si PCH :

Nbr D'Heures du plan d'aide	Date de la décision par la MDPH

➔ Il est rappelé que la Maison de vie de par son statut est destinée à accueillir des personnes adultes de moins de 60 ans.

PERSONNES REFERENTES :

- Médecin généraliste référent :
- Médecin hospitalier référent :
- Assistante sociale :
- IDE du domicile :
- Personne à contacter pour cette admission :
- Suivi par EMSP :(nom du soignant référent) :



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

Projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

Projet envisagé après le séjour répit à la Maison de vie

- ➔ Retour au domicile
- ➔ En institution
- ➔ Re-hospitalisation

Si une admission en institution est envisagée les démarches ont-elles été faites : **Oui Non**
Dans quel établissement :

Le patient est-il au courant des démarches engagées **Oui Non**

PATHOLOGIE PRINCIPALE :

- Cancer :
- SIDA
- SLA
- AUTRES

Histoire de la maladie :

AUTRES PATHOLOGIES :

A préciser :

SYMPTOMES PRESENTS :

DOULEURS

- légères moyennes sévères très sévères pendant les soins

AUTRES SYMPTOMES

- dyspnée nausées, vomissements syndrome dépressif
- encombrement constipation troubles de la vigilance
- fièvre diarrhées épilepsie

RISQUES INFECTIEUX

- oui non Si oui, identification du germe :
- localisation :

Risques graves :

-

EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS :

1-Conscience –communication :

- confusion somnolence coma
 bonne communication communication difficile ne communique plus

2- Respiration :

- oxygénothérapie trachéotomie respirateur

3- Déplacement :

- marche sans aide marche avec Aide lever au lève malade
 lever ou mobilisation avec 2 soignants lever ou mobilisation avec 1 soignant
 autonome pour la toilette aide partielle à la toilette aide complète

4- Alimentation :

- per os seul per os avec aide
 SNG sonde de gastrostomie

5- Elimination :

- continence incontinence urinaire incontinence fécale
 sonde urinaire néphrostomie colostomie

6- Etat cutané :

- normal escarres
 pansements :

7- Perfusion :

- SC IV CIP PSE PCA

8- Sommeil :

- sans particularité insomnie agitation nocturne

SITUATION PSYCHO-AFFECTIVE :

- anxiété- angoisse dépression colère

TRAITEMENT EN COURS : (joindre une copie de la dernière prescription)

Per Os :

Injectable :

Pour tout renseignement contacter la Maison de Vie : tel : 03 81 82 43 50