



CENTRE DEPARTEMENTAL DE REPOS ET DE SOINS

40, rue du Stauffen B.P. 70468 68020 COLMAR cedex

Téléphone 03 89 80 44 00 Télécopie 03 89 80 44 01

Courriel : [cds@cds-colmar.fr](mailto:cdrs@cds-colmar.fr) Site : www.cdrs-colmar.fr

POLE DE GERIATRIE ET MEDECINE EN SITUATION DE HANDICAP

N° FINES : 680014495

Téléphone : 03 89 80 44 63

Télécopie : 03 89 80 44 61

Courriel : medical@cds-colmar.fr

DEMANDE D'ADMISSION FAS/ FAM/ MAS

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Nationalité :

Situation familiale et professionnelle :

Protection juridique :

Personnes ressources familiale :

Personnes ressources non familiales :

Caisse d'affiliation d'assurance maladie :

N° de matricule de sécurité sociale :

Mutuelle complémentaire

Assurance responsabilité civile :

Nom de la personne ayant rempli la partie administrative :

Date + signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Motif de demande d'hébergement :

Antécédents médicaux

Antécédents chirurgicaux

Allergies :

Vaccinations :

Traitement en cours :

Médecin traitant :

Médecins spécialistes :

Médecin ayant rempli la partie médicale :
Date + Nom + signature + Tampon

VIE QUOTIDIENNE ET HABITUDES DE VIE
--

1. ALIMENTATION :

- a. Régime alimentaire :
- b. Texture alimentaire :
- c. Aversions alimentaires :
- d. Boissons :
- e. Vin : oui / non, fréquence
- f. Risque de fausse route : oui/ non, remarques :
- g. Nécessité d'une aide au repas :
- h. Aides techniques pour le repas :
- i. Comportements à surveiller (gloutonnerie, potomanie, vols de nourriture ...)
- j. Lieu des prises des repas :
- k. Collations, compléments, fractionnement
- l. Poids

2. TOILETTE

- Horaire :
- Type de toilette :

- Aide technique (matériel utilisé) :
- Fréquence :
- Brossage des dents (à solliciter, aide complète) :

3. HABILLAGE

- Autonomie à l'habillage ou aides à apporter :

- Bas de contention / biflex

4. PROTHESES

- a. Prothèses dentaires : oui / non (Nom du dentiste :)

 - Mise en place : seul, avec aide partielle ou avec aide complète
 - Nettoyage : seul, avec aide partielle ou avec aide complète

- b. Prothèses auditives (Nom de l'audioprothésiste :)

 - Mise en place : seul, avec aide partielle ou avec aide complète
 - Nettoyage : seul, avec aide partielle ou avec aide complète

- c. Lunettes (Nom de l'opticien :)

 - Nature du trouble : vision de près, vision de loin, cécité
 - Mise en place : seul, avec aide partielle ou avec aide complète
 - Nettoyage : seul, avec aide partielle ou avec aide complète

5. ELIMINATION

- Sur le plan urinaire :
 - Continence / incontinence :
 - Accompagnement WC : oui / non
 - Sonde urinaire : oui / non
(si oui, date du dernier changement :)
 - Cystocath : oui / non
(si oui, date du dernier changement :)
 - Remarques particulières :

- Sur le plan fécal :
 - Continence / incontinence
 - Support : déclenchement de selles, bouchon
 - Remarques particulières

- Type de protection :

6. MOBILITE

- Périmètre :
- Sorties extérieures :
 - besoin d'accompagnement ?
 - type de transport : bus ? voiture ?
- Description des Transferts :
 - Sortie du lit :
 - Pour aller au WC :
- Déplacements
 - Aide humaine
 - Aide technique
 - Contention fauteuil
 - Protection (casque, genouillère, coudière)
 - Escalier : oui / non
 - Ascenseur : oui / non
 - Remarques particulières

7. COMMUNICATION

- Type de communication : verbale, non verbale
- Langue usuelle parlée ou comprise
- Sait / peut lire
- Sait / peut écrire
- Orientation :
 - dans le temps
 - sur la journée
 - sur la/les semaine(s)
 - dans l'espace (risque de fugue ?)
 - dans l'espace de vie
 - en dehors de l'espace de vie
- Outils spécifiques : pictogrammes, synthèse vocale,
- Troubles psycho-comportementaux, facteurs déclencheurs et attitude à adopter

8. SOMMEIL

- Heures de coucher : Heures de lever : Heures de sieste :
- Type de sommeil
- Habitudes de sommeil – rituels (dort nu, dort sans oreiller, dort tout habillé....)
- Type de lit
- Type de matelas
- Barrière(s)
- Positionnement au lit :
 - Aide humaine (comment, quand)
 - Aide technique (coussins ...)

9. HABITUDES DE VIE SOCIALE

- a. Tabac :
 - Combien ?
 - Gestion ?
- b. Argent de poche
 - Combien ?
 - Gestion ?
- c. Sorties / Hobbies / Sport :

10. PRISE EN CHARGE TECHNIQUE EN COURS

- Kinésithérapeute : oui / non
- Ergothérapeute : oui / non
- Psychomotricien : oui / non
- Diététicienne : oui / non
- Psychologue : oui / non

11. **Autres éléments à signaler :**

Eléments à joindre à cette demande d'admission :

- Copie de l'orientation MDPH
- Copie de l'assurance responsabilité civile

Le dossier est à déposer ou à envoyer au :

« Secrétariat Médical du CDRS – 40 Rue du Stauffen – 68020 COLMAR Cedex – B.P. 70468 »