

# FOYER DE VIE

MAISON DE RETRAITE DEPARTEMENTALE DE LA LOIRE  
11, ROUTE DE CHAMBLES  
42176 SAINT-JUST SAINT-RAMBERT CEDEX  
 04 77 36 31 36  04 77 36 31 31

## DOSSIER DE CANDIDATURE

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER (à remplir impérativement)

**NOM et Prénom** : .....

Qualité : .....

Adresse :  
.....  
.....  
.....N°tél : .....

Ce dossier de candidature permet d'évaluer, au niveau des moyens et du projet de vie du Foyer UZORE, sa capacité à accueillir dans les meilleures conditions le (la) futur(e) résident(e).

Il ne sera étudié qu'accompagné :

- Du dossier médical complet datant de moins de 3 mois.
- Du bilan d'autonomie datant de moins de 3 ans
- D'un rapport de comportement de moins de 3 mois
- De l'engagement du secteur pour ré-hospitalisation.

Dans le cadre de la procédure d'inscription, le candidat sera invité, par le cadre socio-éducatif, à visiter la structure.

Au terme, de ces démarches, le dossier sera étudié par la Commission d'Admission qui rendra un avis. Si cet avis est favorable le dossier sera placé sur liste d'attente, l'admission ne sera prononcée qu'après réception des pièces du dossier administratif.

**FOYER DE VIE**  
**MAISON DE RETRAITE DEPARTEMENTALE DE LA LOIRE**  
11 route de Chambles  
42176 SAINT JUST SAINT RAMBERT  
☎ 04.77.36.31.36 📠 04.77.36.31.31

**DOSSIER ADMINISTRATIF**

**IDENTITE**

NOM et Prénom : .....

Date et lieu de naissance: .....

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)

Département du domicile de secours .....

Adresse actuelle

.....

.....

**ENTOURAGE**

Référent familial.....

Qualité : .....

Nom - Prénom : ..... Autres : .....

Adresse : ..... .

I. ....

.....

☎ ..... ☎ .....

**MESURE DE PROTECTION ( joindre la copie du jugement)**

Curatelle  Sauvegarde de justice  Administrateur légal  Mandataire spécial  Tutelle

Mesure exercée par .....

**ASSURE ET MUTUALISTE**

Sécurité Sociale  Oui  Non

Mutuelle  Oui  Non

N° Allocataire C.A.F .....

Orientation CDAPH pour foyer occupationnel  Oui  Non  En cours

**RESSOURCES : (joindre un justificatif)**

Noms, adresses des caisses et montants des pensions :

.....

.....

**REGLEMENT FRAIS DE SEJOUR**

Payant  Demande Aide Sociale

**PIECES A FOURNIR à l'inscription :**

**Copies :** orientation CDAPH pour Foyer de Vie, ou lettre de dépôt de demande d'orientation pour Foyer de Vie

# FOYER DE VIE

MAISON DE RETRAITE DEPARTEMENTALE DE LA LOIRE

11, ROUTE DE CHAMBLES

42176 SAINT-JUST SAINT-RAMBERT CEDEX

 04 77 36 31 36  04 77 36 31 31

## BILAN D'AUTONOMIE

Fiche à faire remplir par l'infirmier (ère) ou l'éducateur (trice).

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

### I. ACTIVITES PHYSIQUES

	Seul (2)	Aide partielle	Aide totale
Mange et boit			
Fait sa toilette			
S'habille, se déshabille			
Prend sa douche, son bain			
Effectue les transferts			
Marche (1)			

(1) des activités de marche sont-elles envisageables ?

(2) avec stimulation à préciser

### II. VEILLE-T-IL A SON APPARENCE PERSONNELLE ?

- Se rase-t-il ?

.....  
.....

- Se coiffe-t-il ?

.....  
.....

- Se parfume-t-il ?

.....  
.....

- Se maquille-t-il ?

.....  
 .....

- Autres :

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

**III. SE REPERE –T-IL ?**

- Dans l'espace ?

.....  
 .....

- Dans le temps ?

.....  
 .....

**IV. ALIMENTATION**

Prothèse dentaire :      oui       non

Alimentation :      normale       hachée       mixée

Régime : .....

Coutume : .....

**V. ETAT CUTANE**

.....  
 .....

**VI. AUDITION - VISION**

Lunettes       Appareil auditif

**VII. ELIMINATION**

Incontinence	Urinaire		Fécale	
	OUI	NON	OUI	NON
Diurne				
Nocturne				

**VIII. USAGE UNIQUE UTILISE**

.....  
S A D      oui         non  

**IX. DYNAMIQUE ET IDENTITE INDIVIDUELLE**

- Sait-il              lire :                         Lire l'heure :     
                            Ecrire                                         Compter :  

- A-t-il la notion de l'argent ?

.....  
.....

- Sait-il le gérer      seul :                                         avec aide :  

- Participe-t-il aux tâches collectives ?

Lesquelles : .....

- A-t-il été scolarisé ?

Jusqu'en quelle classe : .....

- A-t-il reçu une formation professionnelle ?

si oui laquelle : .....

- Possède-t-il une carte nationale d'identité ?

.....

- Possède-t-il un carnet de santé ?

.....

**X. OBSERVATIONS SUR LE COMPORTEMENT**

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

**XI. QUELLE SONT SES ACTIVITES ET LOISIRS PREFERES ?**

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

CACHET

Signature de la personne  
ayant rempli ce document,

# FOYER DE VIE

MAISON DE RETRAITE DEPARTEMENTALE DE LA LOIRE  
11, route de Chambles  
42176 SAINT-JUST SAINT-RAMBERT CEDEX



04 77 36 31 36



04 77 36 31 31

## DOSSIER MEDICAL (à retourner sous pli confidentiel)

Fiche à faire remplir par le Médecin traitant, destinée au Médecin de la Maison de Retraite en vue de l'admission d'un résidant en foyer de vie.

NOM et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Domicilié(e) à : .....

Hospitalisé(e) actuellement (hôpital, service) : .....

.....

Enfant : (nombres , âge, santé) : .....

.....

### A) NATURE DE L'AFFECTION

1) Diagnostic précis : .....

.....

.....

.....

.....

2) RELATIONS FAMILIALES : .....

.....

.....

.....

.....

### 3) Comportement :

A – t – il des troubles du comportement :

Quelles en sont les manifestations ?

Fugue : .....

.....

Vols : .....

.....

Exhibitionnisme : ....

Violence sur l'entourage

Envers lui-même

Violence sur le matériel

Autres

(\* Précisez sous quelles formes cela se manifeste)

A – t – il un caractère difficile :

En groupe :

En famille :

**Est-il d'un naturel**

- Calme :

- Renfermé :

- Sociable :

- Agité :

- Expansif :

- Violent :

Précisions éventuelles :

Fume-t-il ?

Combien de cigarettes par jour ?

Fume-t-il également les nuits ?

Les cigarettes sont-elles gérées par une tierce personne ?

A-t-il des conduites addictives ?

Oui :

Non :

Souvent :

Lesquelles :

.....  
.....

Est-il dépendant :

.....  
.....

**4) Divers placements :**

Y-a-t-il eu des précédentes tentatives de placements et / ou alternatives au cours des dernières années :

C.A.T : .....

Foyer occupationnel : .....

Autres (à préciser) : .....

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

Raison du changement de projet :

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

**5) Traitement :** .....

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

**6) Modalité de prise en charge d'un épisode éventuel de décompensation :** .....

.....  
.....

**B) ETAT PHYSIQUE ACTUEL**

- 1) **Appareil cardio-vasculaire** : .....  
T.A.....  
E.C.G. ....
- 2) **Appareil respiratoire** : .....  
Radiographie .....  
Examen de l'expectoration B.K.....
- 3) **Appareil digestif** : .....  
Examens complémentaires éventuels .....
- 4) **Appareil génito-urinaire** : .....  
Analyse d'urines, sucre, albumine .....
- 5) **Etat oculaire** : .....
- 6) **Système ostéo-articulaire** : .....
- 7) **Système nerveux** : .....
- 8) **Maladies contagieuses** : .....  
Examens complémentaires éventuels .....
- 9) **Etat physique général** : .....  
Bilan biologique éventuellement .....
- 10) **Appréciation d'ensemble** : .....  
.....

**C) VACCINATIONS**

- D.T.P. : .....
- B.C.G : .....
- Hépatite : .....

**D) GYNECOLOGIE**

- Utilise-t-elle un moyen de contraception ?  
Si oui lequel :  
.....  
.....  
.....

- La question a-t-elle été abordée avec elle ?

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

- Y-a-t-il une contre-indication médicale à une contraception ?

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

- Précisions supplémentaires éventuelles :

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

**E) ANTECEDENTS**

Indiquer les maladies et infirmités importantes : .....

.....

Préciser les allergies connues, incompatibilités médicamenteuses ou le régime : .....

.....

Préciser s'il y a eu une hospitalisation antérieure (date et service) : .....

.....

.....

Carte de groupe sanguin ? : .....

CACHET

Signature du Médecin,

# FOYER DE VIE

MAISON DE RETRAITE DEPARTEMENTALE DE LA LOIRE  
11, route de Chambles  
42176 SAINT-JUST SAINT-RAMBERT CEDEX



04 77 36 31 36



04 77 36 31 31

## FICHE D'ENGAGEMENT DU SECTEUR

ET / OU

ACCEPTATION D'UN RETOUR DANS L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE

Je soussigné Dr ..... certifie que  
pourra poursuivre des soins sur le secteur .....  
et pourra être ré-hospitalisé(e) si nécessaire.

En cas de non adaptation de .....  
pendant la période d'essai, l'établissement d'origine s'engage à réintégrer le résident.

Fait à  
Le

Signature

Cachet