



VOUS SOUHAITEZ FAIRE UNE DEMANDE D'INSCRIPTION

POUR UNE PRISE EN CHARGE A L'OFFRE DE REPIT INNOVANTE « ORI »

DU C.H.A.G. DE PACY-SUR-EURE

Merci de bien vouloir remplir :

- Le volet administratif (renseignements)

Et si nécessaire fournir :

- Copie du jugement de tutelle
- Copie notification APA au domicile
- Copie du plan d'aide APA au domicile

Faire remplir par le médecin traitant :

- Le volet médical comprenant :
 - ✓ Le compte rendu médical
 - ✓ Les autorisations avec le médecin coordonnateur
 - ✓ La dernière prescription de traitement (ordonnance en cours)

Et retourner l'ensemble avec les justificatifs suivants :

- Copie du livret de famille
- Copie attestation carte vitale
- Copie de la carte de mutuelle en cours de validité
- Copie de l'avis d'imposition ou de non- imposition
- Attestation de responsabilité civile

A :

Mme Corinne BARBOTIN (Infirmière Coordinatrice)

57 Rue Aristide BRIAND

27120 PACY-SUR-EURE

Fixe : 02 32 36 00 39

Portable : 06 07 70 19 76

VOLET ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL : AIDANT

Dossier complet le :

Demande établie le :

NOM : **PRENOMS :**

NOM de jeune fille : **DATE DE NAISSANCE :**

LIEU DE NAISSANCE : **DEPARTEMENT :**

Adresse actuelle :

.....

Ville : **Code Postal :**

Téléphone : **Mobile :**

SITUATION FAMILIALE :

Prénoms des enfants:

- Marié (e) :
- Veuf (ve) :
- Divorcé(e) :
- Célibataire :
- Pacsé :
- Union Libre :

Nombre d'enfants :

ETAT CIVIL : AIDÉ

NOM : **PRENOMS :**

NOM de jeune fille : **DATE DE NAISSANCE :**

LIEU DE NAISSANCE : **DEPARTEMENT :**

Adresse actuelle :

.....

Ville : **Code Postal :**

Téléphone : **Mobile :**

SITUATION FAMILIALE :

Prénoms des enfants:

- Marié (e) :
- Veuf (ve) :
- Divorcé(e) :
- Célibataire :
- Pacsé :
- Union Libre :

Nombre d'enfants :

Lien :

NOM ET ADRESSE DES ENFANTS ET / OU DES PERSONNES A PREVENIR :

NOM PRENOM/ QUALITE / PERSONNE DE CONFiance	ADRESSE	TELEPHONE/MOBILE/MAIL
1		
2		
3		

Personne de confiance : (loi 2015-1776 du 28 décembre 2015) : la possibilité pour la personne accueillie prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social de désigner une personne de confiance.

AUTORISATION :

Mr/Mme....., accepte le partage de mon dossier médical et du secret médical entre le médecin coordonnateur de l'O.R.I et mon médecin traitant.

Date et Signature :

Sécurité Sociale :

N° D'immatriculation :

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

Adresse de la caisse :

.....

ALD : Pathologie prise en charge :

Mutuelle :

- OUI
- NON

NOM :

Adresse :

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

Vous bénéficiez de l'APA à domicile :

- Oui
- Non
- En cours
- Photocopie jointe
- Non jointe

Protection juridique :

Tuteur ou Curateur :

- Oui
- Non
- Démarche en cours
- Photocopie jointe
- Non jointe

Aide sociale :

- Oui
- Non
- En cours

Médecin Traitant :

NOM : PRENOM Tél :

Adresse :

Neurologue, Gériatre ou Neuropsychiatre ou autre spécialiste :

NOM : PRENOM Tél :

Adresse :

.....

Infirmière Libérale :

NOM : PRENOM : Tél :

Adresse :

.....

Autres Intervenants :

S.S.I.A.D. :

Pharmacie :

H.A.D. :

C.C.A.S. :

Auxiliaire de vie :

S.A.D. :

C.E.S.U. :

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

VOLET à conserver

EFFETS PERSONNELS A PREVOIR :

Si incontinence :

- Tenue de rechange
- Protections (si nécessaire)

Pour tous :

- Carnet de liaison avec ordonnance en cours (même si l'utilisateur n'a pas de médicaments le midi)
- Médicaments si prise à midi ou durant la période de l'accueil.
(si possible en pilulier)

MODALITES DE PAIEMENT

*Règlement par chèque, sur facture mensuelle, à l'ordre du Trésor Public
à remettre à l'accueil du C.H.A.G de PACY-SUR-EURE 57 Rue Aristide BRIAND
Pour tous renseignements concernant la facturation : Tél : 02 32 36 00 39*

VOLET MEDICAL

COMPTE RENDU MEDICAL :

(à faire remplir impérativement par le médecin traitant)

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE

POIDS TAILLE IMC

Principaux antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

Pathologies :

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

Traitement en cours :

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

Allergies connues :

.....
.....

MEDECIN TRAITANT :

J'ai pris connaissance du souhait de mon patient, de partager le secret médical et j'y suis favorable.

J'accepte, que mon confrère médecin coordonnateur de l'O.R.I, puisse prendre toutes initiatives en terme de prescription d'examen complémentaire et, le cas échéant, d'ajustement thérapeutique si l'état de santé de Mr/Mme.....le rend nécessaire pendant sa prise en charge au sein de l'O.R.I.

NOM Prénom

Cachet et signature

DATE :