



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

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
- 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 : [AIDE](#)

Dossier complet le :

Demande établie le :

NOM : PRENOM :

NOM de jeune fille : DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : DEPARTEMENT :

Adresse actuelle :

.....

Ville : Code Postal :

Téléphone : Mobile :

SITUATION FAMILIALE

Marié (e) : Veuf (ve) : Lien avec l'aidant :

Divorcé(e) : Célibataire :

Pacsé : Union Libre :

Nombre d'enfants :

ETAT CIVIL : [AIDANT](#)

NOM : PRENOM :

NOM de jeune fille : DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : DEPARTEMENT :

Adresse actuelle :

.....

Ville : Code Postal :

Téléphone : Mobile :

SITUATION FAMILIALE

Marié (e) : Veuf (ve) :

Divorcé(e) : Célibataire :

Pacsé : Union Libre :

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

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

Information sur la désignation de la personne de confiance :

La Loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 (codifié à l'article L.311-5-1) du CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, offre la Possibilité pour les personnes accueillies, prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social de désigner une personne de confiance.

Les modalités et les missions de désignation de la personne de confiance rejoignent les dispositions de l'article L.1111-6 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE DU SECTEUR SANITAIRE.

Je soussigné aidant principal, certifie avoir clairement expliqué :

- a) à Mme à Mr, **le rôle de la personne de confiance au titre de l'article L L.311-5-1 du CODE DE LA L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES** pour lequel il désigne Mme, Mr
- b) à Mme à Mr, **le rôle de la personne de confiance au titre de l'article L.1111-6 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE DU SECTEUR SANITAIRE** pour lequel il désigne Mme, Mr

Signature :

Protection juridique :

Tuteur ou Curateur :

Oui

Non

Démarche en cours

Sécurité Sociale :

N° de sécurité sociale de l'aidé :

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

Vous bénéficiez de l'APA à domicile :

Oui

Non

En cours

Médecin Traitant :

NOM : PRENOM Tél :

Adresse :

Autorisation :

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

Date et Signature :

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 :

Auxiliaire de vie :

S.A.D. :



C.A.S. :



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 : ALD :

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

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 :

VOLET à conserver

EFFETS PERSONNELS A PREVOIR :

Si incontinence :

- Tenue de rechange
- Protections (si nécessaire)

Pour tous :

- 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