

DEMANDE D'ADMISSION A LA M A R P A

ΓΦΓΦΓΦ

**A compléter et à adresser au
CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
MAIRIE
56700 MERLEVEZ**

DATE DE LA DEMANDE :

A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E) OU LE DEMANDEUR

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE : :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

MEDECIN TRAITANT : ADRESSE :

MEMBRE DE LA FAMILLE A CONTACTER :

LIEN DE

PARENTE.....

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE : Domicile : Travail :

SITUATION ACTUELLE :

VIT AU DOMICILE SEUL EN COUPLE DANS SA FAMILLE

AVEC SOINS A DOMICILE SANS SOINS A DOMICILE

VIT EN FOYER LOGEMENT OU EQUIVALENT

HOSPITALISE(E) DEPUIS LE :SERVICE :

ETABLISSEMENT :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

PATHOLOGIES ACTUELLES ET ANTECEDENTS :

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUATION DE L'AUTONOMIE :

- A – Fait seul totalement, habituellement, correctement.
- B – Fait partiellement, non habituellement, non correctement.
- C – Ne fait pas

Indiquer
A, B ou C
↓

COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : Concerne l'hygiène corporelle	Toilette haut	
	Toilette bas	
HABILLAGE : S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : Manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ELIMINATION : Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Anale	
TRANSFERTS : Se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE : Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme		

Réservé au C.C.A.S. GRUPE ISO RESSOURCES :
--

:
Cachet et Signature du Médecin Traitant :