

**MAISON DE RETRAITE F. TARDY**

**Quartier le Serre**

**04380 THOARD**

**☎ 04 92 30 90 50**

**☎ 04 92 34 44 47**

**e-mail : mrthoard@orange.fr**

THOARD, le \_\_\_\_\_

A la suite de la demande d'admission que vous avez formulée pour M \_\_\_\_\_

Je vous adresse le dossier d'inscription à remplir :

- Fiche de renseignements à compléter
- Dossier médical à faire compléter par votre médecin traitant.

L'établissement dispose de chambres à 1 ou 2 lits.

Le prix de journée à partir du 1/7/2010 est de : 48,80 € pour l'hébergement

Tarif dépendance pour les GIR 1 et 2 : 20,09 €

Tarif dépendance pour les GIR 3 et 4 : 12,76 €

Tarif dépendance pour les GIR 5 et 6 : 5,45 €

Les admissions sont prononcées dans l'ordre d'arrivée des dossiers d'inscription, selon les places disponibles.

---

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Situation de famille : \_\_\_\_\_

Fils(le) de \_\_\_\_\_ et de \_\_\_\_\_

Dernière profession : \_\_\_\_\_

Assurances sociales : Caisse : \_\_\_\_\_

N° immatriculation : \_\_\_\_\_

Ressources :

Caisses de Retraite : N° pension : Montant : Mois ou trimestre :

---

Tuteur éventuel : \_\_\_\_\_

Nom de la personne à prévenir : Lien de parenté \_\_\_\_\_

N° tél. Adresse complète \_\_\_\_\_

---

Date de la demande : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

CERTIFICAT MEDICAL confidentiel  
à l'usage du médecin de l'établissement

---

Je soussigné, \_\_\_\_\_

Docteur \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné \_\_\_\_\_

Agé(e) de \_\_\_\_\_ Domicilié(e) à \_\_\_\_\_

Et affirme l'exactitude des indications ci-après le (ou la) concernant :

APPAREIL RESPIRATOIRE \_\_\_\_\_

APPAREIL CIRCULATOIRE \_\_\_\_\_

Dernier E.C.G. \_\_\_\_\_

APPAREIL DIGESTIF \_\_\_\_\_

Diabète \_\_\_\_\_

Derniers examens sanguins \_\_\_\_\_

SYSTEME NERVEUX \_\_\_\_\_

Dernier E.E.G \_\_\_\_\_

PSYCHISME \_\_\_\_\_

APPAREIL SENSORIEL \_\_\_\_\_

REINS ET ORGANES GENITO URINAIRES \_\_\_\_\_

REMARQUES PARTICULIERES \_\_\_\_\_

---

---

---

A-t-il un traitement médical : si oui, joindre une feuille séparée avec le traitement.

A-t-il un régime alimentaire : lequel : \_\_\_\_\_

---

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du médecin :

A remettre sous pli fermé avec le certificat médical  
Confidentiel (au verso) à l'usage du médecin de l'établissement

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_\_

NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_ Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

LIEU D'HEBERGEMENT ACTUEL : \_\_\_\_\_

TAILLE : \_\_\_\_\_ POIDS : \_\_\_\_\_

Handicap moteur		
	oui	non
M.S.D.		
M.S.G.		
M.I.D.		
M.I.G.		
Appareillage		

Psychisme		
	oui	Non
Troubles de la mémoire :		
Altération du jugement:		
Est-il (elle) désorienté(e) ?		
Capable de suivre une conversation :		
Comprendre des ordres simples :		

Remarques particulières : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Remarques particulières : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Déplacements :		
	oui	non
Marche		
Avec aide		
Déambulateurs		
Béquilles		
Canne		
Fauteuil roulant		

Comportements :		
	oui	Non
Agité		
Dépressif		
Agressif		
Déambulation		
Sommeil agité		

Remarques particulières : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Remarques particulières : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dépendance :		
A-t-il (elle) besoin d'AIDE	oui	non
Pour se lever		
Faire sa toilette		
Pour S'habiller		
Pour Aller au WC		
Pour Prendre ses repas		
Doit-on le faire manger		
Est-il (elle) incontinent(e)		
A-t-il (elle) une sonde à demeure		

Surveillance :		
	oui	Non
Risque de fugue		
Prise des médicaments		
Risque d'escarres		
Escarre existant		
Autres		

AVIS DU MEDECIN COORDONATEUR :