



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 1/23

Version  
C

Date d'application  
17/10/2016

Codification  
SOIN-PT08-EN01

- ★ Dossier rempli le : \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_
- ★ Date de prise en charge : \_\_\_\_\_
- ★ Numéro de clef : \_\_\_\_\_
- ★ Service(s) concerné(s) : \_\_\_\_\_

## PARTIE ADMINISTRATIVE VOLET A

### Identification patient

- ★ Nom : \_\_\_\_\_ ★ Prénoms : \_\_\_\_\_
- ★ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_
- ★ Adresse (complète) : \_\_\_\_\_

Maison     Immeuble

Bâtiment : \_\_\_\_\_ Etage : \_\_\_\_\_ N° Appartement : \_\_\_\_\_ Code d'accès : \_\_\_\_\_

- ★ Téléphone Fixe : \_\_\_\_\_ ★ Portable : \_\_\_\_\_
- ★ Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ ★ Nationalité : \_\_\_\_\_

### Couverture sociale

- ★ Caisse Sécurité Sociale (nom + adresse) : \_\_\_\_\_
- ★ N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_  
Prise en charge à 100% :  Oui  Non    Si Oui :  ALD     AT     Grossesse
- ★ Autres couvertures :  CMU     CMU complémentaire     Aide médicale d'état  
Date de validité de la couverture : \_\_\_\_\_

Si le patient n'est pas l'assuré :

- ★ Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ ★ Prénoms : \_\_\_\_\_
- ★ Date de naissance : \_\_\_\_\_

- ★ Mutuelle complémentaire (nom + adresse) : \_\_\_\_\_
- N° adhérent : \_\_\_\_\_

Saisie obligatoire



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 2/23

Version  
C

Date d'application  
17/10/2016

Codification  
SOIN-PT08-EN01

## Personnes ressources

★ Protection juridique :  Sauvegarde de justice  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle

Date du jugement : \_\_\_\_\_

Demande en cours :  Oui  Non

Si Oui, préciser la date : \_\_\_\_ \_

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone / Adresse : \_\_\_\_\_

ou

Organisme + nom du représentant : \_\_\_\_\_

Téléphone / Adresse : \_\_\_\_\_

★ Actuellement la personne vit :

Seul(e)  Avec son conjoint ➔ Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Chez sa famille

Autre personne vivant au foyer ➔ Préciser : \_\_\_\_\_

En institution ➔ Nom /Téléphone : \_\_\_\_\_

★ Personne de confiance : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone / Adresse : \_\_\_\_\_

★ Autre personne à prévenir : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone / Adresse : \_\_\_\_\_

## Intervenants médicaux

★ Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

★ Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

★ Laboratoire : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

★ Pharmacie : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

★ Choix de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'urgence : \_\_\_\_\_



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 3/23

Version  
C

Date d'application  
17/10/2016

Codification  
SOIN-PT08-EN01

## Intervenants professionnels

- IDE libérale Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Kinésithérapeute Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- HAD Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- SSIAD Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Accueil de jour Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Hôpital de jour Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Portage de repas Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Téléassistance Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- SAAD Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Employé(e) de maison Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Assistante sociale Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- IDE psy de secteur Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Ambulance Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Garde itinérante de nuit Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Garde de nuit Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Orthophoniste Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_
- Pédicure Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Fréquence : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_ Personne contact : \_\_\_\_\_



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 4/23

Version  
C

Date d'application  
17/10/2016

Codification  
SOIN-PT08-EN01

## PARTIE ADMINISTRATIVE VOLET B

### Situation Financière

★ Caisse(s) de retraite : \_\_\_\_\_

N° adhérent : \_\_\_\_\_

★ Aide(s) financière(s) :     APA → préciser :     Oui (GIR : \_\_\_\_\_)     En cours  
    PCH                             Aide Sociale                             Autres

Nom du référent autonomie : \_\_\_\_\_

### Environnement

★ La personne est-elle :  Célibataire     Divorcé(e)     Marié(e)  
    Concubinage                             Veuf (ve) depuis le : \_\_\_\_\_

★ Aidant principal (non professionnel) :

Nom : \_\_\_\_\_                            Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_                            Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Toujours en activité professionnelle :    Oui                            Non

Etat de santé : \_\_\_\_\_

Difficultés rencontrées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

★ Personnes à prévenir (par ordre de priorité)

Nom /Prénom	Adresse	Téléphone(s)	Lien de parenté

	<h1>DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE</h1>		Page 5/23
	Version <b>C</b>	Date d'application <b>17/10/2016</b>	Codification <b>SOIN-PT08-EN01</b>

★ Enfants :

Nom & Rang des enfants	Reconnait ses enfants	Sexe	Proximité	Relation	Décédé
	Oui Non	M F			Oui Non
	Oui Non	M F			Oui Non
	Oui Non	M F			Oui Non
	Oui Non	M F			Oui Non
	Oui Non	M F			Oui Non

★ Personnes proches autres que ses enfants (amis, voisins, fratrie...)

Nom	Lien



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 12/23

Version  
C

Date d'application  
17/10/2016

Codification  
SOIN-PT08-EN01

## PARTIE RECUEIL DE DONNÉES CAPACITÉS, HABITUDES ET HISTOIRE DE VIE

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Comment la personne aime-t-elle être appelée : \_\_\_\_\_

Lieux de résidence significatifs au cours de sa vie : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Sait lire :  Oui  Non

Sait écrire :  Oui  Non

Religion : \_\_\_\_\_

Pratiquant(e) :  Oui  Non

### VIE PROFESSIONNELLE

Toujours en activité professionnelle ?  Oui

Non

Raison particulière : \_\_\_\_\_

En maladie  Oui  Non

Métiers exercés	Age à cette période

Si conjoint, est-il toujours en activité ?  Oui  Non

Si **OUI**, métier exercé :



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 13/23

Version  
C

Date d'application  
17/10/2016

Codification  
SOIN-PT08-EN01

## COMPORTEMENT/PERSONNALITE

	Avant la perte des capacités	A ce jour
<b>Type de comportement ou problèmes émotionnels connus</b> (Ex : phobies, gênes, peurs...)		
<b>Trait(s) de caractère</b>		

★ Comment la personne vit sa ou ses difficultés : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CAPACITES FONCTIONNELLES

★ Fonctions Locomotrices :

La personne est-elle assistée pour se déplacer ?

d'une canne :                      Oui                      Non

d'un déambulateur :              Oui                      Non

d'un fauteuil roulant :            Oui                      Non

d'une personne                      Oui                      Non



# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 14/23

Version  
CDate d'application  
17/10/2016Codification  
SOIN-PT08-EN01

## ★ Elimination :

La personne doit-elle être assistée pour gérer son élimination ? Oui Non

La personne souffre-t-elle d'incontinence ?

- Urinaire : Oui Non  
Si oui est-elle ? : Partielle Totale  
Jour Nuit

- Anale : Oui Non  
Si oui est-elle ? : Partielle Totale  
Jour Nuit

La personne utilise-t-elle un dispositif d'incontinence ? Oui Non

Lequel : \_\_\_\_\_

## ★ Hygiène et Soins Esthétiques à ce jour :

La personne se lave : Seule Avec de l'aide

La personne s'habille : Seule Avec de l'aide

La personne apprécie la douche : Oui Non

La personne aime se parfumer : Oui Non

La personne aime se raser : Oui Non

La personne aime se maquiller : Oui Non

La personne aime se laver les cheveux  
ou qu'on les lui lave : Oui Non

La personne aime aller chez le coiffeur ou être coiffée Oui Non

## ★ Alimentation :

La personne a-t-elle :

- besoin d'aide pour manger ? Oui Non
- besoin de matériel adapté ? Oui Non Lequel : \_\_\_\_\_
- des troubles de déglutition ? Oui Non
- des dégoûts alimentaires ? Oui Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

## ★ Appareillage :

Lunettes : Oui Non

Appareil auditif : Oui Non

Appareil dentaire : Haut Bas

Autre : \_\_\_\_\_

## ★ Communication :

Langue maternelle : \_\_\_\_\_ Langue(s) parlée(s) : \_\_\_\_\_

Expression : Correcte Difficile Variable  
Propos confus Aucune communication verbale





# DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 16/23

Version  
C

Date d'application  
17/10/2016

Codification  
SOIN-PT08-EN01

## ACTIVITES

★ Activités que la personne aimait :

---

---

---

★ Activités que la personne n'aimait pas :

---

---

---

★ Activités pour la personne :

<u>A Réaliser</u>	<u>Aimerait faire</u>	<u>A Eviter</u>

## COMMENTAIRES

Autres éléments que la personne ou son proche, estime pertinent pour mieux la connaître :

---

---

---

---

*Le contenu de ce recueil de données permettra, aux équipes soignantes, de proposer une prise en soin adaptée et personnalisée tenant compte des capacités et des habitudes de vie de la personne. Ces informations nous ont été transmises par M \_\_\_\_\_, en qualité de \_\_\_\_\_.*

*Date : \_\_\_\_\_*

*Signature de l'utilisateur ou de son représentant*

*Signature du soignant*

	<b>RECUEIL DES DONNÉES PERSONNELLES</b>		Page 1/3
	Version <b>A</b>	Date d'application <b>01/01/2018</b>	Codification <b>SI-EN02</b>

## INFORMATION CONCERNANT LE TRAITEMENT DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

L'Association Soins et Santé vous accompagne dans votre prise en soins, dans le respect de vos choix, de votre projet de vie et de vos valeurs, en concertation avec tous les professionnels qui interviennent auprès de vous, qu'ils soient internes à l'Association (l'équipe de soins pluridisciplinaire) ou externes (professionnels de santé, services du Conseil Départemental, autres services médico-sociaux...).

Dans ce cadre, notre établissement utilise des logiciels métiers spécifiques, en complément des documents papier, permettant d'assurer et d'améliorer la coordination de votre parcours d'accompagnement. En effet, le traitement de ces données personnelles répond à plusieurs finalités :

- Respecter les obligations légales et réglementaires ;
- Gérer et organiser la délivrance des prestations dans des conditions optimales de qualité et de sécurité ;
- Renforcer l'information et le suivi des usagers.

D'autre part, ces données nous permettent de mieux évaluer la qualité de la prise en soins des usagers accompagnés ainsi que d'analyser l'activité de l'Association, conformément aux réglementations en vigueur (Code de la Santé, Règlement Général pour la Protection des Données...).

L'ensemble des données vous concernant (exemple : identité, coordonnées, ...) sont ainsi collectées, traitées et conservées durant une durée limitée, sauf dispositions contraires prévues par les réglementations.

Elles sont recueillies directement auprès de vous lors de votre admission et sont partagées dans la plus grande confidentialité et de manière sécurisée entre tous les professionnels intervenant à vos côtés. Vous pouvez poser toutes les questions nécessaires et obtenir des réponses satisfaisantes sur les modalités de traitement de vos données personnelles auprès du Responsable de Service qui les recueillera.

Vos données informatisées ne sont accessibles que par une authentification forte et nominative (identifiants, mots de passe et/ou Carte de Professionnels de Santé) directement liée à la qualification du professionnel, garantissant ainsi la légitimité d'accès.

	<b>RECUEIL DES DONNÉES PERSONNELLES</b>		Page 2/3
	Version <b>A</b>	Date d'application <b>01/01/2018</b>	Codification <b>SI-EN02</b>

Les données collectées sont hébergées et sécurisées :

- Soit sur les serveurs informatiques de l'Association Soins et Santé – 43 route de Nexon 87000 LIMOGES (données à caractère personnel traitées en interne par l'Association),
- Soit sur des hébergements agréés « Données de Santé » (données de santé à caractère personnel partagées avec l'ensemble des professionnels cités ci-dessus),
- Soit dans des armoires fermant à clé en ce qui concerne la version papier.

L'Association Soins et Santé est garante de la stratégie mise en œuvre pour la protection et la confidentialité des données. L'Association est représentée par M. Alain CHARTIER, son Président et Mme Aurély BOUGNOTEAU, sa Directrice.

Vous pouvez vous opposer au traitement et/ou à l'externalisation de l'hébergement des données.

Vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant, afin d'en vérifier l'exactitude et, le cas échéant, afin de les rectifier, de les compléter, de les mettre à jour, de les transférer, ainsi que d'un droit de s'opposer à leur utilisation, et d'un droit d'effacement de ces données.

Dans tous les cas, vous pouvez exercer ces droits en adressant :

- un courrier à : Association Soins et Santé – 43 Route de Nexon – 87000 LIMOGES,
- ou un courriel à l'adresse suivante : [secretariat@soinsante-limoges.com](mailto:secretariat@soinsante-limoges.com)

Pour toute question relative à la protection des données ou en cas de difficulté sur l'exercice de vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données désigné par l'Association Soins et Santé à l'adresse suivante : [pdo@soinsante-limoges.com](mailto:pdo@soinsante-limoges.com)



# RECUEIL DES DONNÉES PERSONNELLES

Page 3/3

Version  
A

Date d'application  
01/01/2018

Codification  
SI-EN02

## CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

### BENEFICIAIRE

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

### REPRESENTANT

NOM : ..... PRENOM : .....

AGISSANT EN QUALITE DE : .....

Absence de désignation d'une personne de confiance ou d'un représentant légal

### NON POSSIBILITE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

Motif(s) : .....

.....

.....

### CONSENTEMENT

Atteste avoir été destinataire de la fiche relative au recueil des données personnelles remise par Soins et Santé.

Est avisé(e), durant la délivrance des prestations, du caractère soit obligatoire, soit facultatif, du recueil de mes données personnelles ; si je choisis de m'opposer au recueil de certaines informations, je serai averti(e) des conséquences de mon choix.

Accepte que les informations concernant mon accompagnement fassent l'objet d'un traitement par l'Association Soins et Santé (traitement interne).

Autorise les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire à recueillir et à échanger dans la plus grande confidentialité, les informations strictement nécessaires au suivi de ma situation (partage externe).

Est informé(e) que je peux mettre fin à tout moment à tout ou partie de mon présent consentement.

Fait à ..... Date ..... Signature

### CONSENTEMENT RECUEILLI PAR

NOM : ..... PRENOM : .....

AGISSANT EN QUALITE DE : .....

DATE : .....