



DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE

Page 1/22

Version
D

Date d'application
21/11/2024

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 : _____
★ Courriel : _____
★ 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

Version
D

Date d'application
21/11/2024

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 / Courriel : _____

★ Autre personne à prévenir : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone / Adresse / Courriel : _____

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 3/22

Version
D

Date d'application
21/11/2024

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

Version
D

Date d'application
21/11/2024

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)	Courriel	Lien de parenté

	<h1>DOSSIER D'ADMISSION UNIQUE</h1>		Page 5/22
	Version D	Date d'application 21/11/2024	Codification SOIN-PT08-EN01

★ 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 12/22

Version
D

Date d'application
21/11/2024

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

Version
D

Date d'application
21/11/2024

Codification
SOIN-PT08-EN01

COMPORTEMENT/PERSONNALITE

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

★ 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 14/22

Version
D

Date d'application
21/11/2024

Codification
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

• 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

Version
D

Date d'application
21/11/2024

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

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

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.

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

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

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



RECUEIL DES DONNÉES PERSONNELLES

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 :