



## CENTRE DEPARTEMENTAL DE REPOS ET DE SOINS

40, rue du Stauffen - B.P. 70468 - 68020 COLMAR CEDEX

Tél. : 03 89 80 44 63 - Télécopie : 03 89 80 44 61

courriel : medical@cdrs-colmar.fr

### DEMANDE D'ADMISSION en ETABLISSEMENT SOCIAL ou MEDICO-SOCIAL

---

---

#### Renseignements d'ordre administratif

**NOM :** NOM de jeune fille :

**Prénom :**

**Date et lieu de naissance :**

**Situation de famille :**

**Nombre d'enfants :**

**Religion :**

**Nationalité :**

**Adresse :**

**Placement actuel (préciser l'Etablissement et la structure) :**

**Coordonnées de la famille :**

**Tutelle :** OUI - NON

**Curatelle :** OUI - NON

**Caisse d'affiliation d'assurance maladie :**

**N° matricule de sécurité sociale :**

**Nom et adresse de la mutuelle complémentaire :**

**Décision de Placement COTOREP (à joindre OBLIGATOIREMENT à votre demande)**

**Assurance "responsabilité civile" (Compagnie) :**

(joindre OBLIGATOIREMENT une attestation d'assurance à votre demande d'admission)

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(Signature de l'assuré ou des ayants droit)

**N.B. : L'ensemble des données est indispensable pour l'admission**

2  
**CERTIFICAT MEDICAL**

Histoire du handicap et diagnostic résumé

Traitement médical en cours

Placements antérieurs à la demande

Motif de la demande d'admission

**Dépendance physique :**

- Degré de validité :

inscrire dans cette case  
le numéro correspondant

- 0 : au lit, ne peut s'asseoir spontanément
- 1 : au lit, peut s'asseoir spontanément et peut être mis dans un fauteuil
- 2 : peut se mettre debout et faire quelques pas avec une aide
- 3 : peut marcher avec une aide humaine
- 4 : peut marcher appareillé
- 5 : peut marcher seul en terrain plat
- 6 : peut monter un escalier
- 7 : peut monter et descendre un escalier
- 8 : validité normale

- Utilise un fauteuil roulant : OUI - NON

- Affections limitant la validité (à préciser et détailler) :

- Activités personnelles (inscrire dans la case le numéro correspondant) :

- 0 : si activité nulle
- 1 : si a besoin d'une aide
- 2 : si l'activité peut être faite seule

Peut s'alimenter	<input type="checkbox"/>	Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>
Se coiffe	<input type="checkbox"/>	S'habille	<input type="checkbox"/>

- Loisirs et vie collective (inscrire dans la case le numéro correspondant) :

- 0 : si activité nulle
- 1 : si activité doit être constamment stimulée et relancée
- 2 : si activité doit être simplement initiée ou proposée
- 3 : si activité spontanée

Regarde la télévision	<input type="checkbox"/>	Ecrit	<input type="checkbox"/>	Lit	<input type="checkbox"/>
Se promène	<input type="checkbox"/>	Bricole	<input type="checkbox"/>	Joue	<input type="checkbox"/>
S'exprime verbalement	<input type="checkbox"/>	Participe à la vie de groupe	<input type="checkbox"/>	Participe aux tâches ménagères	<input type="checkbox"/>

Autres (à préciser) :

### **Dépendance neuro-psychique :**

- Degré de conscience :
- Terrain dépressif :
- Troubles de la mémoire :
- Fausses reconnaissances :
- Désorientation temporo-spatiale :
- Fugues :
- Délire :
- Agitation nocturne :
- Détérioration intellectuelle :
- Quotient intellectuel : s'il est connu, préciser l'échelle :

### **Dépendance :**

