

DEMANDE COLOCATION

À L'ANNÉE OU EN RÉPIT



À L'ANCIENNE POSTE, AU CŒUR
DU VILLAGE DE CAHUZAC-SUR-VÈRE
DANS LE TARN



Nous adresser ce document renseigné :

À l'attention de Delphine CALICIS, infirmière coordinatrice

- Par mail : lamaisonastrolabe@gmail.com
- Par courrier :

L'OUSTAL
3 Place de La Poste
81140 CAHUZAC-SUR-VÈRE

- Renseignements et visites au 06 14 44 75 29

- ❖ Quatre chambres équipées d'une salle d'eau avec douche et WC.
- ❖ L'une est meublée pour des séjours de répit.
- ❖ Les trois autres sont à aménager avec vos meubles
- ❖ Une cuisine équipée avec un salon, une terrasse et un jardin.
- ❖ Un poulailler et ses trois poules pondeuses.
- ❖ Une collaboration avec le Service d'Aide à Domicile Vère Grésigne.
- ❖ Des projets intergénérationnels avec l'école et la cantine.

L'OUSTAL se voudra une maison collective
où la **solidarité** est au cœur du **BIEN VIVRE ENSEMBLE**
dans le **respect** de sa différence

FICHE de RENSEIGNEMENTS

Date de la demande :

Séjour demandé :

RÉPIT Durée souhaitée : du au

À l'année

Vous êtes :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Adresse actuelle :

Tel : Mail :

Situation : Étudiant.e, en activité ou en recherche d'emploi, en situation de handicap,
en affection de longue durée, à la retraite, autre.....

Entourez la réponse

N° SS : Régime Assurance maladie :

Mutuelle : N° Adhérent :

Assistante sociale : Tel :

Dossier APA :

Dossier MDPH :

CAF :

Autre :

Motivations à séjourner l'OUSTAL

.....
.....

Coordonnées de votre famille

Nom..... Prénom.....
Adresse..... Téléphone..... Mail.....
Autre référent
Nom..... Prénom

Adresse Téléphone..... Mail.....

Personne de confiance

Avez-vous désigné une personne de confiance ?

- Oui : **Nom et prénom** :
Téléphone..... Mail.....
- Non
- Ne sait pas

Lien de parenté avec la personne : ☎ :

Existe-t-il des directives anticipées ? OUI, Où : NON

Si vous avez besoin de soins

Votre médecin traitant : Tel :
Mail : Medimail :

Avez-vous ?

- Des infirmier·e·s** :
Noms – Prénoms : Tel :
- Kinésithérapeute** :
Nom – Prénom : Tel :
- Pharmacie** :
Nom : Tel :
- Un service de soins infirmiers à domicile** :
Nom..... Tel :
- Un service d'aide à domicile** :
N o m T e l :
- Autre** :

Évaluation des besoins

Taille : Poids :

1. Conscience et communication

- Communication adaptée Communication difficile
 Pas de communication Somnolence
 Confusion/délires/troubles du comportement :
 Autre :

2. Se déplacer

- Marche seul(e) Capable d'utiliser un escalier
 Marche avec aide humaine
 Marche avec aide matérielle, laquelle :
 Transfert lit – fauteuil possible : Sans aide Avec aide
 Alitement permanent

3. Toilette

- Seul(e)
 Avec aide partielle
 Douche : OUI NON
 Toilette complète au lit

4. Alimentation

Régime alimentaire :

- Normal S'alimente seul (e)
 Mixé / mouliné Avec aide

5. Élimination

- Contenance urinaire : OUI NON
Contenance fécale : OUI NON
 Sonde vésicale
 Urétéro / néphrostomie Colostomie / iléostomie

6. Respiration

- Oxygène VNI / respirateur
 Trachéotomie **Si oui, quel prestataire :**

7. État cutané

- Peau saine Pansements :
Si oui, joindre le protocole en cours
 Escarres (stades, localisations) : .

SITUATION MEDICALE
Confidentiel*

Diagnostic principal :

Allergie :

Régime alimentaire :

Traitements :

-
-
-
-
-
-
-
-

Antécédents

-
-
-
-
-
-
-
-

Histoire des maladies récentes et problématique actuelle

.....

.....

.....

Notes complémentaires