



DOSSIER D'ADMISSION

FICHE DE PRE-INSCRIPTION

SEJOUR « INVITATION A L'ARRET DU TABAC »

NOM : PRENOM :

ADRESSE :
.....

EMAIL :

TEL. :

MOTIVATIONS :

NBRE DE CIGARETTES CONSOMMEES PAR JOUR :

QUELS SONT POUR VOUS LES AVANTAGES/INCONVENIENTS LIES A VOTRE CONSOMMATION DE TABAC ? :

avantages :

inconvenients :

CONSOMMEZ-VOUS DU CANNABIS ? :

COMBIEN DE FOIS PAR JOUR ? :

SERIEZ-VOUS DISPOSE(E) ? A VOUS ABSTENIR DURANT VOTRE SEJOUR ? :

En cas d'admission, je m'engage à participer à l'ensemble des ateliers mis en place au cours du séjour.

Date :

Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE POUR VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

En accompagnement de votre dossier, nous vous demandons de joindre les documents suivants :

- Demande individuelle d'admission datée et signée (pages 1 & 2)
- Photocopie de votre carte d'identité ou titre de séjour (recto/verso)
- Si hébergement en structure d'hébergement (ACT...), certificat de la structure indiquant qu'elle s'engage à vous accueillir à la fin du séjour à la Maison de Vie
- Pour les renouvellements de séjour le document dédié (page 5)
- Fiche de préinscription aux ateliers (page 6)

Sous enveloppe cachetée à l'attention de Monsieur le Médecin Référent de la Commission d'Admission de la Maison de Vie :

- Ordonnance récente avec la prescription des ARV
- Formulaire médical (pages 3 & 4) veiller à faire remplir par votre médecin le certificat médical page 4

BAREME DE PARTICIPATION FINANCIERE DES RESIDENTS AU SEJOUR A LA MAISON DE VIE

Une modeste participation financière aux frais d'hébergement, de restauration et aux activités est demandée aux résidents. Elle est déterminée en fonction des revenus mensuels.

Cette participation n'est pas prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

MONTANT DES REVENUS NETS MENSUELS	MONTANT PAR NUITEE ET PAR PERSONNE
inférieurs ou égaux à 1000 €	6 €
1000 € à 1500 €	10 €
1500 € à 2000 €	15 €
> 2000 €	24 €

Gratuité pour les enfants < 5 ans / 3 € de 5 à 14 ans / 6 € à partir de 15 ans

DEMANDE D'ADMISSION POUR UN SEJOUR A LA MAISON DE VIE

ETABLISSEMENT NON MEDICALISE

Nom		Prénom	
Né(e)le	à	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nationalité
Adresse			
Tél	email		
Période souhaitée			
Moyen de transport envisagé pour vous rendre à la Maison de Vie			

DONNEZ LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS SOUHAITEZ SEJOURNER A LA MAISON DE VIE

Avez-vous déjà bénéficié d'un séjour à la Maison de Vie ? oui non si oui remplir le formulaire joint

DEMARCHE INDIVIDUELLE ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si non MA DEMARCHE EST ETABLIE PAR L'INTERMEDIAIRE DE		
Service hospitalier		Ville
Nom du Correspondant		Tél
Service Social		Ville
Nom du Correspondant		Tél
Association		Ville
Nom du Correspondant		Tél
PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN		
Nom	Prénom	Tél

Je joins les documents nécessaires à l'examen de ma demande de séjour dont le formulaire confidentiel d'informations médicales sous pli cacheté à l'attention de Monsieur le Médecin de la Commission d'Admission.



FORMULAIRE CONFIDENTIEL D'INFORMATIONS MEDICALES

ETABLISSEMENT NON MEDICALISE

Nom :

Prénom :

sexe : M F

Age :

DONNEES MEDICALES

Hôpital référent

Service référent

Médecin suivi vih

tél

Médecin généraliste

tél

Date du dernier test de charge virale

Résultat

Date du dernier test des CD-4

Résultat

Autres pathologies (précisez)

Devez-vous suivre un régime alimentaire pour raison médicale ? **oui** **non** Si oui précisez

..

Seuls les régimes prescrits par votre médecin pourront être pris en compte lors de votre séjour (voir page 4 certificat médical)

Donnez brièvement le portrait actuel de votre état de santé physique

Donnez brièvement le portrait actuel de votre état de santé psychologique (exemples : dépression, perte de mémoire, désorientation, troubles neurologiques)

ADDICTIONS

ALCOOL **oui** **non** TABAC **oui** **non** CANNABIS **oui** **non** COCAINE **oui** **non** HEROINE **oui** **non**

TRAITEMENTS

Prise d'antirétroviraux : **oui** **non** Si oui lesquels

Autres traitements : **oui** **non** Si oui lesquels



AUTONOMIE

Etes-vous autonome dans votre vie quotidienne ? oui non

Vous déplacez-vous de façon permanente en fauteuil roulant ? oui non

Autres besoins particuliers oui non Si oui précisez

CERTIFICAT MEDICAL précisant que vous pouvez séjourner dans un lieu non médicalisé (à faire compléter par votre médecin). Le cas échéant merci d'indiquer la nécessité d'un régime alimentaire

Je, soussigné(e).....atteste que l'état de santé de.....
est compatible avec un séjour dans un établissement non médicalisé et ne présente aucun trouble psychique majeur
ou d'incompatibilité à la vie en groupe.

Fait à..... Le.....

Cachet + signature du médecin

DECLARATION DU RESIDENT

Je déclare que les renseignements donnés sur ce formulaire sont vrais et complets. J'autorise la Maison de Vie à faire toutes les vérifications jugées nécessaires.

Toute déclaration fautive ou erronée de ma part peut conduire, dès mon arrivée à la Maison de Vie, à un refus d'admission en raison de mon état de santé non compatible avec un établissement non médicalisé.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

REmplir toutes les rubriques et joindre impérativement la copie de votre ordonnance

RENOUVELLEMENT DE SEJOUR

Nom :

Prénom :

Date(s) du/des précédent(s) séjour(s) :

Décrivez les bienfaits et apports du/des séjour(s) que vous avez déjà effectué(s) :

Quels changements dans votre vie quotidienne avez-vous observés depuis votre séjour ?

Présentez vos motivations et attentes pour un nouveau séjour dans notre structure :

Quels sont les points sur lesquels vous souhaitez mettre l'accent durant votre prochain séjour ?



PARTICIPATION AUX ATELIERS

Nom :

Prénom :

Voici la liste des ateliers qui sont proposés au cours des séjours. Nous vous invitons à vous y préinscrire en cochant la case correspondant.

Outre les ateliers du parcours santé auxquels votre présence est demandée, les autres ateliers sont recommandés et votre participation est libre.

	oui	non	j'hésite
LES ATELIERS DU PARCOURS SANTE			
Se maintenir en forme	<input checked="" type="checkbox"/>		
Santé & alimentation	<input checked="" type="checkbox"/>		
LES APPROCHES COMPLEMENTAIRES			
Atelier aromathérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atelier ostéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atelier acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LES ATELIERS DECOUVERTE			
Echappée Belle (écriture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expression théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expression mouvement & danse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement sonore & musical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arts plastiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Création artistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA JOURNEE « BIEN-ETRE »			
Socio-esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réflexologie plantaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LES ATELIERS DETENTE			
Yoga du rire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qi-Gong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Certains ateliers ne sont pas proposés tout au long de l'année