



Centre Hospitalier de Muret  
UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE

CS 10202 / 31605 Muret Cedex / ✉ direction@ch-muret.fr ☎ 05 67 52 81 00 / 📠 05 67 52 81 36

## DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION

### Identification administrative

#### Etat civil :

Nom patronymique : ..... Nom marital : .....

Prénom : ..... Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance : ..... Age : .....

Lieu de naissance : ..... Département : .....

Nationalité : .....

Adresse actuelle : .....

.....

Numéro de téléphone : .....

Situation familiale : .....

Nombre d'enfants (dont décédés) : .....

#### Protection juridique

☐ Aucune ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de Justice

Nom du tuteur : ..... Numéro de téléphone : .....

Adresse : .....

#### Sécurité Sociale

Caisse d'affiliation : .....

Adresse : .....

.....

Numéro de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../.....

Prise en charge à 100%, préciser quelle(s) pathologie(s) : .....

.....

Nom de la Mutuelle : ..... Adresse : .....

.....

## Contexte socio-familial

### Mode de vie antérieur

- Domicile : ☐ seul ☐ avec conjoint ☐ avec enfants  
☐ chez un enfant ☐ chez un parent  
En structure : ☐ EHPAD ☐ EHPAD avec secteur protégé ☐ EHPA / Foyer-logement

### Type d'habitation

- ☐ appartement ☐ maison  
☐ ville ☐ village ☐ campagne isolée  
☐ propriétaire ☐ locataire

Profession exercée le plus longtemps : .....

Profession du conjoint : .....

Langues parlées : .....

Croyances religieuses : .....

### Ressources

Revenus : .....

.....

Biens : .....

.....

### Aides financières

- ☐ Prestation de Compensation du Handicap  
☐ Allocation Personnalisée au Logement (APL) Numéro d'Allocataire CAF : .....  
☐ Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) G.I.R. : .....

☐ Cochez cette case si vous avez déposé un dossier de demande d'APA depuis moins de 2 mois

☐ APA à prévoir

Autres : .....

.....

☐ Aide sociale à prévoir

### Coordonnées famille et proches

	NOM Prénom	Filiation	Adresse	Téléphone
Personnes à joindre en priorité				

### Personnes titulaires d'une procuration sur les comptes

NOM Prénom	Filiation	Adresse	Téléphone

## Intervenants du domicile

### Correspondants médicaux

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....  
.....

Médecin référent : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....  
.....

Médecin spécialiste : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

### Correspondants sociaux

Assistant social : ..... Téléphone : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

Notaire : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Avocat : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....