** **

Ministère du travail, de l’emploi et de la santé

Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**DOSSIER DE DEMANDE D’ADMISSION**

**EN ETABLISSEMENT D’HEBERGEMENT**

**POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L’ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

**RESERVE A L’ETABLISSEMENT**

**INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT**

**La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.**

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D’ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

* UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
* UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D’UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERCANT DANS L’ETABLISSEMENT D’EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L’EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L’ETABLISSEMENT.

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D’ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.**

|  |
| --- |
| **CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :*** LE DERNIER AVIS D’IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
* LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L’ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE. |

**NB** : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L’AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L’ALLOCATION PERSONNALISEE A L’AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L’ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

**DOSSIER ADMINISTRATIF**

**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur [ ]  Madame [ ]

NOM de naissance

*(suivi, s’il y a lieu par le nom d’usage)*

Prénom(s)

Date de naissance   /  /

Lieu de naissance       Pays ou département

N° d’immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/Ville

Téléphone fixe       Téléphone portable

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire [ ]  Vit maritalement [ ]  Pacsé(e) [ ]  Marié(e) [ ]  Veuf(ve) [ ]  Séparé(e) [ ]  Divorcé(e)[ ]

Nombre d’enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI [ ]  NON [ ]  En cours [ ]

Si oui, laquelle : Tutelle [ ]  Curatelle [ ]  Sauvegarde de justice [ ]  Mandat de protection future [ ]

CONTEXTE DE LA DEMANDE D’ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint…) :

**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL**

Civilité : Monsieur [ ]  Madame [ ]

NOM de naissance

*(suivi, s’il y a lieu par le nom d’usage)*

Prénom(s)

Date de naissance   /  /

Lieu de naissance       Pays ou département

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/Ville

Téléphone fixe       Téléphone portable

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT *(joindre sous pli confidentiel le dossier médical)*

**PERSONNE DE CONFIANCE**

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI [ ]  NON [ ]

Si OUI :

NOM de naissance       Prénom(s)

*(suivi, s’il y a lieu par le nom d’usage)*

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/Ville

Téléphone fixe       Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**DEMANDE**

Type d’hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent [ ]  Hébergement temporaire [ ]

 Accueil couple souhaité OUI [ ]  NON [ ]

 Durée du séjour pour l’hébergement temporaire

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile [ ]  Chez enfant/proche [ ]  Logement foyer [ ]  EHPAD [ ]  Hôpital [ ]  SSIAD/SAD[[1]](#footnote-1)[ ]  Accueil de jour [ ]

Autre *(précisez)*

Dans tous les cas préciser le nom

de l’établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI [ ]  NON [ ]

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI [ ]  NON [ ]

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n’a pu être recueilli [ ]

**COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

La personne concernée elle-même OUI [ ]  NON [ ]

Si ce n’est pas le cas, autre personne à contacter(1)

**Nom de naissance**

*(suivi, s’il y a lieu par le nom d’usage)*

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/Ville

Téléphone fixe       Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)**

Autre personne à contacter[[2]](#footnote-2)

**Nom de naissance**

*(suivi, s’il y a lieu par le nom d’usage)*

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/Ville

Téléphone fixe       Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule [ ]  Avec l’aide d’un ou plusieurs tiers [ ]

Aide sociale à l’hébergement OUI [ ]  NON [ ]  Demande en cours envisagée [ ]

Allocation logement (APL/ALS) OUI [ ]  NON [ ]  Demande en cours envisagée [ ]

Allocation personnalisée à l’autonomie\* OUI [ ]  NON [ ]  Demande en cours envisagée [ ]

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI [ ]  NON [ ]

COMMENTAIRES

DATE D’ENTREE SOUHAITEE : Immédiat [ ]  Dans les 6 mois [ ]  Echéance plus lointaine [ ]

DATE D’ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE :    /    /

Date de la demande :   /  /

Signature de la personne concernée ou

de son représentant légal

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d’accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l’établissement auquel vous avez adressé votre demande d’admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

\**Dans certains établissements, l’APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n’y a pas de demande à réaliser. Pour plus d’informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l’établissement souhaité.*

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D’ADMISSION EN ETABLISSEMENT D’HEBERGEMENT

POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur [ ]  Madame [ ]

NOM de naissance       Prénom(s)

*(suivi, s’il y a lieu par le nom d’usage)*

Date de naissance   /  /

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d’établissement [ ]  Fin/Retour d’hospitalisation [ ]  Maintien à domicile difficile [ ]

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

 ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux PATHOLOGIES ACTUELLES

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d’administration)

 SOINS PALLIATIFS OUI[ ]  NON [ ]  ALLERGIES OUI [ ]  NON [ ]  Si oui, préciser

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NE SAIT PAS | OUI | NON |

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

 CONDUITES A RISQUE

|  |  |
| --- | --- |
| OUI | NON |

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui, préciser (localisation, etc.) |  |
| Préciser la date du dernier prélèvement |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alcool |  |  |
| Tabac |  |  |
| Sevrage |  |  |

 Kg

 cm

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON RISQUE DE FAUSSE ROUTE REEDUCATION OUI [ ]  NON [ ]

Cécité [ ]  [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  Kinésithérapie [ ]  [ ]

Surdité [ ]  [ ]  Orthophonie

Autre *(préciser)*

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D’ADMISSION EN ETABLISSEMENT D’HEBERGEMENT

POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DONNEES SUR L'AUTONOMIE | A | B | C |
| **Transfert** |   |   |   |   |
| Déplacements | A l’intérieur |   |   |   |
|  | A l’extérieur |   |   |   |
| Toilette | Haut |   |   |   |
| Bas |   |   |   |
| Elimination | Urinaire |   |   |   |
| Fécale |   |   |   |
| Habillage | Haut |   |   |   |
| Moyen |   |   |   |
| Bas |   |   |   |
| Alimentation | Se servir |   |   |   |
| Manger |   |   |   |
| Orientation | Temps  |   |   |   |
| Espace  |   |   |   |
| Communication pour alerter |   |   |   |
| Cohérence |   |   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX | OUI | NON |
| Idées délirantes |  |  |
| Hallucinations |  |  |
| Agitation, agressivité (cris…) |  |  |
| Dépression |  |  |
| Anxiété |  |  |
| Apathie |  |  |
| Désinhibition |  |  |
| Comportements moteurs aberrants *(dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées…)* |  |  |
| Troubles du sommeil |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PANSEMENTS OU SOINS CUTANES | OUI | NON |
| Soins d’ulcère |  |  |
|  Soins d’escarres |  |  |
| Localisation |  |  |
| Stade |  |  |
| Durée du soin |  |  |
| Type de pansement |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APPAREILLAGES | OUI | NON |
| Fauteuil roulant |  |  |
| Lit médicalisé |  |  |
| Matelas anti-escarres |  |  |
| Déambulateur |  |  |
| Orthèse |  |  |
| Prothèse |  |  |
| Pace-maker |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| SOINS TECHNIQUES | OUI | NON |
| Oxygénothérapie |  |  |
| Sondes d’alimentation |  |  |
| Sondes trachéotomie |  |  |
| Sonde urinaire |  |  |
| Gastrotomie |  |  |
| Colostomie |  |  |
| Urétérostomie |  |  |
| Appareillage ventilatoire (CPAP,VNI…) |  |  |
| Chambre implantable |  |  |
| Dialyse péritonéale |  |  |

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,…)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER *(si différent du médecin traitant)*

NOM       Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/Ville

Date   /  /

Signature

 Cachet du

médecin

1. SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d’aide à domicile [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)