

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 à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements auprès desquels la personne souhaite entrer.

Ce dossier comprend :

- ° Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social, etc.)
- ° Un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, à **mettre sous pli confidentiel**, qui permet notamment au médecin coordonnateur exerçant dans l'établissement d'émettre un avis circonstancié sur la capacité de l'EHPAD à prendre en charge la personne au vue du niveau de médicalisation de l'établissement.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes :

- ° Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- ° Les justificatifs des pensions.

Au moment de l'entrée en établissement, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires sera demandé

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie), il convient de contacter le conseil général de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil général de ce département.

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)
Prénoms :

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 :

ADRESSE

N° de 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 :

(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom :

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 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/SAD¹ Accueil de jour

Autre (préciser) :

Dans tout 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 nom d'usage)

Prénom(s) :

ADRESSE

N° de Voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune/Ville :

Téléphone fixe : ___-___-___-___-___ Téléphone portable : ___-___-___-___-___

Adresse email :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

⁽¹⁾SSIAD/SAD : Service de soins infirmiers / service d'aide à domicile

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

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom de naissance :
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) :

ADRESSE :

N° de 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

Présentation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne Oui Non

Commentaires

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE 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'information, il convient de prendre contact auprès du conseil général de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT 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 coordonnées du médecin traitant (nom, prénom, adresse, téléphone) :

Antécédents Médicaux, chirurgicaux

Pathologies Actuelle

--	--

Traitement en cours ou joindre les ordonnances (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

Soins palliatifs Oui Non Allergies Oui Non Si oui, précisé

Portage de bactérie multi résistante

Conduites a risque Oui Non

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Ne sait pas	Oui	Non
Si oui, préciser (localisation, etc.)		
Préciser la date du dernier prélèvement		

Taille :

Poids :

Fonctions sensorielles :

Conduite à risque	Oui	Non
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risque de fausse route

Oui Non

rééducation

Kinésithérapie
Orthophonie

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HABERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

Données sur l'autonomie		A	B	C	Symptômes psycho-comportementaux		
					Oui	Non	
Transfert							
	A l'intérieur						
Déplacement							
	A l'extérieur						
Toilette	Haut						
	Bas						
Elimination	Urinaire						
	Fécale						
Habillage	Haut						
	Moyen						
	Bas						
Alimentation	Se servir						
	Manger						
Orientation	Temps						
	Espace						
Communication pour alerter							
Cohérence							

Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

	Localisation		
	Stade		
	Durée du soin		
	Type de pansement		

Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sondes urinaire		
Gastronomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pacemaker		
Autre (préciser)		

Commentaires et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, ...)

Médecin qui a renseigné le dossier (si différent du médecin traitant)
 Nom : Prénom :

ADRESSE
 N° Voie, rue, boulevard :
 Code postal : Commune/Ville :

Date

Signature
Cachet du médecin