

Urgence secourisme
Action sociale
+ Santé autonomie
Formation
Action internationale

FILIÈRE

personnes âgées

D O S S I E R
D E D E M A N D E
d'admission en
établissement
d'hébergement
pour personnes âgées
D É P E N D A N T E S

INFORMATIONS IMPORTANTES À 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 COORDINATEUR EXERÇANT DANS L'ÉTABLISSEMENT D'ÉMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIÉ SUR LA CAPACITÉ DE L'EHPAD À PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU 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

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

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
Clé

ADRESSE

domicilié(e) à :
N° de voie Extension (bis, ter) Type de voie (avenue...) Nom de la voie

Code postal Commune Pays

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email @

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalment Pacsé(e) Marié(e) Veuf(e) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfants

MERURE 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 (événement familial récent, décès du conjoint...) :

.....
.....
.....

ÉTAT CIVIL DU REPRÉSENTANT LÉGAL

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

domicilié(e) à :
N° de voie Extension (bis, ter) Type de voie (avenue...) Nom de la voie

Code postal Commune Pays

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email @

À REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT (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(s)

ADRESSE

domicilié(e) à :

N° de voie Extension (bis, ter) Type de voie (avenue...)

Nom de la voie

Code postal Commune Pays

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 enfants/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD/SAD⁽¹⁾ Accueil de jour

Autre
Préciser

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

COORDONNÉES DES PERSONNES À 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

domicilié(e) à :

N° de voie Extension (bis, ter) Type de voie (avenue...)

Nom de la voie

Code postal Commune Pays

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email @

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

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

DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

DOCUMENT MÉDICAL À REMETTRE SOU PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNÉE

CIVILITÉ : Monsieur Madame

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

Prénom(s)

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) :

Nom

Prénom(s)

ADRESSE
N° de voie Extension (bis, ter) Type de voie (avenue...) Nom de la voie
Code postal Commune Pays

Téléphone fixe Téléphone portable

ANTÉCÉDENTS 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

CONDUITES À RISQUE

Alcool Oui Non

Tabac Oui Non

Sevrage Oui Non

Taille

PORTAGE DE BACTÉRIE MULTIRÉSISTANTE

Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser
(Localisation, etc.)

Date du dernier prélèvement
Préciser

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité Oui Non

Surdité Oui Non

RISQUES DE FAUSSE ROUTE

Oui Non

RÉÉDUCATION

Kinésithérapie Oui Non

Orthophonie Oui Non

Autre
Préciser

DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

DOCUMENT MÉDICAL À REMETTRE SOU PLI CONFIDENTIEL

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE

A | B | C

Transfert Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
Communication pour alerter	Espace			
Cohérence				

SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Idées délirantes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hallucinations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Agitation, agressivité (cris, ...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dépression	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Anxiété	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Apathie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Désinhibition	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Comportements moteurs aberrants	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
(dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sortie non accompagnées...)		
Troubles du sommeil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉS SOINS TECHNIQUES

Soins d'ulcère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Soins d'escarres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sondes d'alimentation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Localisation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sondes trachéotomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Stade	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sonde urinaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Durée du soin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Gastrotomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type de pansement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Colostomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Urétérostomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Appareillage ventilatoire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			(CPAP, VNI...)		
			Chambre implantable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Dialyse péritonéale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

APPAREILLAGE

Fauteuil roulant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Matelas anti-escarres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déambulateur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Orthèse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prothèse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pace-maker	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

.....

.....

.....

.....

MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom

Prénom(s)

ADRESSE

N° de voie	Extension (bis, ter)	Type de voie (avenue...)	Nom de la voie
Code postal	Commune	Pays	

Téléphone

Date

Signature

Cachet du
Médecin

