



N° 14732*01

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

E.H.P.A.D. Résidence Jallier

31390 CARBONNE

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.

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

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/SAD¹ 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

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

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

Autre personne à contacter²

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
(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 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

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

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

OUI	NON
-----	-----

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

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON

Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE
OUI NON

REEDUCATION OUI NON
Kinésithérapie
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 (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>)		
Troubles du sommeil		

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

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

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

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

--

AIDEZ NOUS A MIEUX NOUS CONNAITRE

« Bonjour, vous allez prochainement vous installer à l'EHPAD Résidence Jallier. Dans cette perspective, nous vous proposons de compléter ce questionnaire, pour nous permettre de mieux vous accueillir. Vous pouvez le compléter seul(e) ou avec la personne de votre choix. Dans le cadre du secret professionnel, toutes vos indications sont strictement confidentielles. Nous vous remercions de bien vouloir remettre ce document à la personne que vous rencontrerez lors de votre visite de pré admission. »

Histoire de vie :

Nom, Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu et Département :

Adresse :

Vous vivez en ville Ou à la campagne

Vivez vous seul ? Oui Non

Si non : en famille ou autre :

Quelle(s) profession(s) avez-vous éventuellement exercée(s) ?

Depuis quelle date êtes-vous à la retraite ?

Environnement social :

Quelles sont les visites que vous recevez (familles, amis, voisins, ...) ?

Quelles sont les visites que vous effectuez régulièrement ?

Faites-vous ou avez-vous fait partie d'une association ? Oui Non

Si oui dans quel domaine ?

Habitudes quotidiennes :

Aimez-vous les animaux ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Conduisez-vous ? Oui Non

Si oui, avez-vous et utilisez-vous un véhicule ? Oui Non

Quelles sont vos émissions de télévision favorites ?

Etes-vous fumeur / fumeuse ?

Quels sont vos centres d'intérêt ?

- Musique / concert / Chorale
- Exposition
- Dessin / peinture
- Instrument de musique (préciser le(s)quel(s))
- Promenades
- Lecture
- Discussions avec des ami(e)s
- Activités manuelles (décorations, art floral, ...)
- Jardinage
- Animaux

- Télévision / cinéma
- Théâtre
- Sculpture
- Voyages / excursions
- Shopping
- Ecriture (correspondances)
- Tricot, couture, canevass, broderie
- Bricolage
- Cuisine / gastronomie
- Sport (préciser le(s)quel(s))

- Chasse / pêche
- Danse de salon
- Informatique
- Jeux de société, jeux de cartes, échecs, loto
- Autres (à préciser) :
- Gymnastique douce
- Pétanque
- Radio
- Photographie
- Marche à pied

Pratiques religieuses :

Avez-vous une religion ? Oui Non Si oui, laquelle ?

Etes-vous pratiquant ? Oui Non

Habitudes alimentaires :

Quels sont les plats que vous aimez le plus ?

Quels sont les plats que vous aimez le moins ?

Autres précisions par rapport à vos goûts :

Habitudes vestimentaires :

Etes-vous frileux / frileuse ? Oui Non

Quel type de vêtement aimez-vous porter (robe, pantalon, chapeau, ...) ?

Le sommeil :

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous lever ? /

Faites-vous la sieste ? Oui Non

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous coucher ? /

La toilette :

Appréciez-vous la douche ? Oui Non

Communication :

Quelle est votre langue maternelle ?

Parlez-vous d'autres langues que le français ?

Connaissez-vous quelqu'un dans l'établissement (résident, membre du personnel) ?

Avez-vous des attentes ou des souhaits par rapport à l'établissement ?

Souhaitez-vous d'ores et déjà apporter des compléments d'information non abordés dans ce questionnaire ?...

« Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à ce questionnaire et vous souhaitons la bienvenue au sein de l'établissement. »