



ASSOCIATION L'ÉDUCATION PAR LE TRAVAIL
LAVAL ATGER - 48600 - SAINT BONNET LAVAL



EHPAD « Nostr'Oustaou »
Route de Saint Alban
48600 GRANDRIEU

☎ 04.66.46.30.65. Fax : 04.66.46.36.89. E-mail : nostr.oustaou@aet48.fr

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

Dossier déposé le :

GIR estimé :

Décision : Le :

Médecin coordonnateur :

CE DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION COMPREND 2 VOLETS :

-UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNANT SUR LA PERSONNE DEMANDEUSE

-UN VOLET MEDICAL, DATER ET SIGNER DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, PERMETTANT AU MEDECIN COORDONNATEUR DE L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE DEMANDEUSE.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS UNE 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 (MSA, CPAM.....)

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

NB : Pour tout renseignement complémentaire (Habilitation à l'aide sociale, attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie.....), il vous convient de contacter le Conseil Général de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il vous convient de contacter le Conseil général de ce département.

**DOSSIER
ADMINISTRATIF**

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE DEMANDEUSE :

CIVILITE : Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom(s) :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Pays ou département :
N° d'immatriculation :

ADRESSE :

Adresse actuelle :
Code postal : Commune/Ville : Département :
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) : Nombre de petit(s)-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 :

CIVILITE : Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom(s) :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Pays de naissance :

ADRESSE :

N° Voie, Rue, Boulevard :
Code postal : Commune/Ville :
Téléphone fixe : ____-____-____-____-____ Téléphone portable : ____-____-____-____-____
Adresse email : _____

PERSONNE DE CONFIANCE : (cette personne sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales)

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

Si oui :

Nom de famille : Nom de jeune fille :
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 hébergement temporaire :

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

Domicile Chez enfant/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital
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

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE LA DEMANDE :

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter :

Nom de famille : Nom de jeune fille :

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 EN PRIORITE (en cas d'urgence, celle-ci s'engage à prévenir le reste de la famille)

Nom de famille : Nom de jeune fille :

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 :

Nom de famille : Nom de jeune fille :

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 :

Nom de famille : Nom de jeune fille :
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 : IMMEDIAT

DANS LES 6 MOIS

APRES LES 6 MOIS

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEENT 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.

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE :

CIVILITE : Monsieur

Madame

Mademoiselle

Nom : Nom de jeune fille :

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 :

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE ORDONNANCES

SOINS PALLIATIFS OUI NON

ALLERGIES OUI NON

Si oui, préciser :

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

CONDUITES A RISQUES :

Alcool OUI NON Tabac OUI Non Sevrage OUI NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE : NE SAIT PAS OUI NON

Si oui, préciser la localisation et la date du dernier prélèvement :.....

TAILLE :..... POIDS :.....

FONCTIONS SENSORIELLES :

Cécité OUI NON si oui, portez-vous des lunettes OUI NON

Surdité OUI NON si oui, portez-vous des appareils :
NON OUI droit gauche

RISQUE DE FAUSSES ROUTES : OUI NON

REGIME ALIMENTAIRE : OUI NON si oui, précisez :.....

PORTEZ VOUS DES APPAREILS DENTAIRE : NON OUI haut bas

RISQUE DE CHUTES : PARFOIS OUI NON

VACCINATION : Dernières vaccinations et date (ou année) de vaccination :

Pneumo 23 Date :.....

Tétanos Date :.....

Grippe(e) Date :.....

Autre(s) Date :.....

REEDUCATION : Kinésithérapie OUI NON Orthophonie OUI NON

Autre (préciser) :.....

APPAREILLAGES :

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

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

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE :

A Fait seul(e)	B Fait avec aide	C Ne fait pas seul(e)
--------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Transfert			
Déplacement	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			

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES :

Soins d'ulcères : OUI NON Soins d'escarres : OUI NON

Si oui, préciser la localisation, le stade, la durée du soin et le 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		

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

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 sortie non accompagnées...)		
Troubles du sommeil		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs,...)

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

NOM : PRENOM(S) :

Adresse :

N° Voie, Rue, Boulevard :

Code postal : Commune/Ville :

Date :

Signature et cachet du médecin

CHOIX DES INTERVENANTS

Nota Bene : Ces intervenants sont toujours à la charge du résident

▶ **Médecin Traitant :**

▶ **Kinésithérapeute :**

▶ **Laboratoire d'analyses médicales :**

▶ **Taxi :**

▶ **Pédicure si souhaité :**

▶ **Coiffeur :**

▶ **Dentiste :**

▶ **Spécialiste :**

○ Cardiologue :

○ Ophtalmologiste :

○ Pneumologue :

○ Rhumatologue :

○ Autres :

En cas d'hospitalisation (choix préférentiel) :

Pompes Funèbres :

(Prévenue par Famille EHPAD)

DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES A LA FIN DE VIE

(A rendre à l'admission)

Décret d'application 2006-119 du 06/02/2006

Je souhaite transcrire mes directives anticipées relatives à la fin de vie :

OUI

NON

En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés ci-dessous.

Voici mes directives anticipées relatives à la fin de vie :



Date :.....

signature du résident

Mon actuelle pleine capacité de discernement est attestée par mon médecin traitant,

Le Dr.....

Date :.....

Signature du médecin traitant

INSTRUCTIONS EN CAS DE DECES

(A remplir par le résident ou la famille si besoin)

Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Religion :

1. Personne à prévenir en cas décès (filiation, famille, tutelle) :

Nom : Prénoms :
Adresse :
Téléphone : ____-____-____-____-____
Prévenir Jour Nuit

Nom : Prénoms :
Adresse :
Téléphone : ____-____-____-____-____
Prévenir Jour Nuit

2. Y a-t-il un contrat d'obsèques ?

Si OUI : quel organisme ?

Nom :
Adresse :
Téléphone : ____-____-____-____-____

Si NON : organisme de pompes funèbres à prévenir

Nom :
Adresse :
Téléphone : ____-____-____-____-____

3. Y a-t-il une concession ?

OUI NON

Si oui, le lieu :

4. Y aura-t-il un don de corps ?

OUI NON

Si oui fournir la carte

5. Y aura-t-il une incinération

OUI

NON

Si oui, le lieu :

6. Voeux particuliers :

-Choix vestimentaires :

.....

-Rite particulier :

.....

Nous rappelons aux personnes à prévenir en cas de décès de nous laisser impérativement leurs coordonnées (adresse et téléphone) en cas de déplacement de plus de 48 heures.

A le.....
(qualité et signature)