



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 ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES**

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

RÉSERVÉ A L'ÉTABLISSEMENT

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 COORDONNATEUR EXERCANT 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 :

- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE
- COPIE DE LA CARTE D'IDENTITÉ
- ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE
- ATTESTATION DE DROITS À LA SÉCURITÉ SOCIALE (CPAM OU MSA...)
- LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION
- LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS
- LES 3 DERNIERS RELEVÉS BANCAIRES
- RIB
- CONTRAT OBSÈQUES SI EXISTANT
- COPIE DE L'ORDONNANCE EN COURS (TRAITEMENT DONNÉ)

AU MOMENT DE L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIÈCES JUSTIFICATIVES COMPLÉMENTAIRES SERA DEMANDÉ.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ÉTABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE A 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.

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

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

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

COORDONNÉES DES PERSONNES À 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 MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

DOSSIER MÉDICAL À METTRE SOUS 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 MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

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 PORTAGE DE BACTÉRIE MULTIRÉSISTANTE

| | | |
|-------------------|-----|-----|
| 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 RISQUE DE FAUSSE ROUTE REEDUCATION OUI NON
Cécité OUI NON Kinésithérapie
Surdité Orthophonie
Autre (préciser)

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

DOSSIER MÉDICAL À METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

| DONNEES SUR L'AUTONOMIE | | A | B | C |
|----------------------------|---------------|---|---|---|
| Transfert | | | | |
| Déplacements | A l'intérieur | | | |
| | A l'extérieur | | | |
| Toilette | Haut | | | |
| | Bas | | | |
| Élimination | 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 ÉVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

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

NOM

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du médecin