

**MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION 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 :

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux Etablissements 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 renseigné par la personne concernée ou toute autre 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'Etablissement 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'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'entrée en Etablissement, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires sera demandé.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'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.

**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)
Prénom(s)
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 e-mail :

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 (événement 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 ou Département :
N° d'Immatriculation :

ADRESSE

N° Voie, Rue, Boulevard
Code Postal : Commune/ Ville :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Adresse e-mail :

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 :

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 :

ADRESSE

N° Voie, Rue, Boulevard
Code Postal : Commune/ Ville :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Adresse e-mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/ accompagnement recherché : Hébergement permanent temporaire
Accueil couple souhaité OUI ou 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

SSIAD/ SAD Accueil de Jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom
de l'Etablissement ou 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 :

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 :

ADRESSE

N° Voie, Rue, Boulevard
Code Postal : Commune/ Ville :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Adresse e-mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

Autre personne à contacter

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 :

ADRESSE

N° Voie, Rue, Boulevard
Code Postal : Commune/ Ville :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Adresse e-mail :

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

Souhaitez vous de préférence une chambre individuelle ou chambre double ?

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'Etablissement 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 Etablissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le Tarif Dépendance, est versée directement aux Etablissements. 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'Etablissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT**

DOCUMENT 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'Etablissement Fin/ Retour 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	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE	NE SAIT PAS	OUI	NON
Si oui, préciser (localisation, etc ...)			
Préciser la date du dernier prélèvement			

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

RISQUE DE FAUSSE ROUTE	OUI	NON

REEDUCATION	OUI	NON
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre (préciser)		

DONNEES SUR L'AUTONOMIE	A	B	C
TRANSFERTS			
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			

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

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 sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

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 (A préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER *(Si différent du Médecin Traitant)*

Nom

Prénom

Adresse

CP

VILLE

DATE

Signature et Cachet du Médecin