



cerfa
N° 14732*01

Ministère des affaires sociales et de la santé

**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 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 (3 pages) RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- ° UN VOLET MEDICAL (2 pages), DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT 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 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 A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 pages)

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 email _____

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 (Par exemple, événement familial récent, décès du conjoint ...):

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL¹

Civilité : Monsieur Madame

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

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

¹ En cas de mesure de protection juridique

PERSONNE DE CONFIANCE¹

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

SI OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 / SAD² 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

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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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

¹Personne désignée conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

²SSIAD/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 contacter⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)

(suivi, s'il y a lieu du 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 d'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 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'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 (2 pages)****DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL****PERSONNE CONCERNEE**Civilité : Monsieur Madame Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 ALLERGIES Si oui, préciser

--

CONDUITES A RISQUE **PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESTISTANTE** NE SAIT PAS OUI NONAlcool

--	--

Tabac

--	--

Sevrage

--	--

Taille

--

--

FONCTIONS SENSORIELLES **RISQUE DE FAUSSE ROUTE** **REEDUCATION**Kinésithérapie
Orthophonie

Cécité

Surdité

 Autre (*préciser*)

--

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		1	2	3	A	B	C
Transfert							
Déplacements	A l'intérieur						
	A l'extérieur						
Toilette	Haut						
	Bas						
Elimination	Urinaire						
	Fécale						
Habillement	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 (<i>cris...</i>)			
Dépression			
Anxiété			
Apathie			
Désinhibition			
Comportements moteurs			
Aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i>)			
Troubles du sommeil			

SOINS TECHNIQUES		OUI	NON
Oxygénothérapie			
Sondes d'alimentation			
Sondes trachéotomie			
Sonde urinaire			
Gastrostomie			
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 (<i>préciser</i>)			

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

¹ A : fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

² B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

³ C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement