



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 CONFIANCE ¹

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 / SAD ² 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

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

² 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 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

 OUI NON

ALLERGIES

 OUI NON

Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

 OUI NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT

 PAS OUI NON

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

 OUI NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

 OUI NON

REEDUCATION

 OUI NON

Cécité

Kinésithérapie

Surdité

Orthophonie

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			
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 (<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

Annexe au dossier de demande d'inscription en établissement d'hébergement pour personnes âgées

Ce document a été élaboré par le Département d'Ille-et-Vilaine, en concertation avec ses partenaires de l'action gérontologique.

Il a pour objectif de **compléter** le dossier d'inscription national généralisé à l'ensemble du territoire en 2013. Certaines des informations indiquées (hors informations financières) sont transmises au Département d'Ille-et-Vilaine à titre statistique.

Cette fiche, tout comme le dossier est à remplir en un exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements dans lesquels la personne souhaite s'inscrire.

Nous rappelons qu'il est utile que vous visitiez les structures de votre choix et ayez un échange avec leur responsable afin d'éclairer votre choix.

Les éléments d'ordre financier et médicaux ne sont pas à fournir pour une inscription de précaution.

❖ Informations relatives à la personne en demande de place :

Personne de moins de 60 ans* : Oui Non

* Pour les personnes de moins de 60 ans souhaitant entrer en établissement, l'accord préalable du médecin conseil départemental est requis, quel que soit le type d'accueil demandé.

❖ Demande d'hébergement :

Vous pouvez déposer un dossier dans toutes les structures de votre choix, mais indiquez les 6 sites que vous retenir par ordre de priorité

1- 2-
3- 4-
5- 6-

❖ Durée du séjour souhaité :

Permanent

Temporaire* du /..... /20... au ... /.... /20...

* La durée maximale dans l'année civile pour un accueil temporaire est fixée à **3 mois en continu ou en discontinu.**

Accueil de jour : la journée : ➔ nombre de jour(s) par semaine :
 la demi-journée : ➔ nombre par semaine :

Accueil de nuit : ➔ nombre de nuit(s) par semaine :

❖ La demande est faite par :

- La personne âgée seule
- La personne âgée accompagnée d'une personne de sa famille
- Une personne de sa famille seule
- La personne âgée accompagnée d'un tiers
- Un tiers seul

❖ **Lieu de vie habituel :**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seule en domicile privé | <input type="checkbox"/> En couple en domicile privé |
| <input type="checkbox"/> Seule en établissement | <input type="checkbox"/> En couple en établissement |
| <input type="checkbox"/> Avec un membre de la famille | <input type="checkbox"/> Accueil familial |
| <input type="checkbox"/> Milieu Protégé | |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | |

❖ **Principaux motifs de l'inscription en hébergement permanent :** (Préciser les 2 principaux motifs)

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Changement de structure | N°1 - N°2* |
| <input type="checkbox"/> Admission du conjoint en établissement | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Epuisement de l'entourage, perte de soutien familial ou conjoint décédé | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Inadaptation du logement | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Rapprochement familial | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Isolement, insécurité, lien social | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Aggravation de la dépendance à domicile | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Sortie d'hôpital avec retour à domicile impossible | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | |

.....
.....
** Il s'agit du niveau de priorité, merci d'entourer la réponse*

❖ **Principaux motifs de l'inscription en hébergement temporaire :** (Préciser les 2 principaux motifs)

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Transition après hôpital pour assurer le retour au domicile | N°1 - N°2* |
| <input type="checkbox"/> Difficultés momentanées saisonnières de vie à domicile | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Difficultés momentanées de vie à domicile pour autres raisons | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Soulagement soutien familial | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Période d'essai de vie en collectivité | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Attente d'un hébergement permanent | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement pour personnes souffrant d'Alzheimer ou de syndromes apparentés | N°1 - N°2 |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | |

.....
.....
** Il s'agit du niveau de priorité, merci d'entourer la réponse*

❖ **Informations diverses :**

- **Caisse de sécurité sociale :** CPAM MSA Autre :

Adresse :

♦ **Mutuelle : nom et adresse :**

Numéro de mutuelle :

♦ **Aide personnalisée au logement :**

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> APL | <input type="checkbox"/> Allocation logement |

CAF ou MSA de :

N° d'allocataire :

❖ **Informations complémentaires à la fiche médicale :**

En rapport avec la grille AGGIR : item sur la **cohérence** : A B C

- communication : A B C

- comportement : A B C