



## 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

NOM :

Prénom :

Dossier reçu le

## **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 LEGAL<sup>1</sup>

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

**ADRESSE**

Code postal | | | | | Commune/Ville

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

### Adresse email

#### **1. En cas de mesure de protection juridique**

## PERSONNE DE CONFIANCE<sup>1</sup>

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 <sup>2</sup>  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

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

<sup>2</sup>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<sup>(2)</sup>

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**  **NON** **ALLERGIES**  **NON** Si oui, préciser

**CONDUISES A RISQUE**  **NON**

**PORTEAGE DE BACTERIE MULTIRESTISTANTE**

**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**

Cécité

**OUI**  **NON**

Surdité

**REEDUCATION**

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (*préciser*)

**OUI**  **NON**

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

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

<b>DONNEES SUR L'AUTONOMIE</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>SYMPOTMES PSYCHO - COMPORTEMENTAUX</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Transfert					Idées délirantes		
Déplacements	A l'intérieur				Hallucinations		
	A l'extérieur				Agitation, agressivité ( <i>cris...</i> )		
Toilette	Haut			Dépression			
	Bas			Anxiété			
Elimination	Urinaire			Apathie			
	Fécale			Désinhibition			
Habillement	Haut			Comportements moteurs			
	Moyen			Aberrants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i> )			
	Bas			Troubles du sommeil			
Alimentation	Se servir						
	Manger						
Orientation	Temps						
	Espace						
Communication pour alerter							
Cohérence							
<b>PANSEMENTS OU SOINS CUTANES</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>				
Soins d'ulcère							
Soins d'escarres							
Localisation							
Stade							
Durée du soin							
Type de pansement							
<b>SOINS TECHNIQUES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>APPAREILLAGES</b>				
Oxygénothérapie			Fauteuil roulant				
Sondes d'alimentation			Lit médicalisé				
Sondes trachéotomie			Matelas anti-escarres				
Sonde urinaire			Déambulateur				
Gastrostomie			Orthèse				
Colostomie			Prothèse				
Urétérostomie			Pace-maker				
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)			Autres ( <i>préciser</i> )				
Chambre implantable							
Dialyse péritonéale							

**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	

<sup>1</sup> A : fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

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

<sup>3</sup> C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement