



Ministère des affaires sociales et de la santé

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

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

NOM :

PRENOM :

DATE DE DEPOT : __/__/__

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

- PHOTOCOPIE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION
- PHOTOCOPIE DES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS

DEMANDE :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE PLUS LOINTAINE

TYPE D'HEBERGEMENT/ACCOMPAGNEMENT RECHERCHE :

HEBERGEMENT PERMANENT

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

ACCUEIL COUPLE SOUHAITE

OUI NON

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : __/__/__

DUREE SOUHAITEE DU SEJOUR POUR L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE: _____

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 PAGES)

1. ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

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)

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...):

2. 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⁽¹⁾

Nom d'usage
Nom de naissance
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

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom d'usage

Nom de naissance

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

--

3. PROTECTION JURIDIQUE

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL (TUTEUR DESIGNÉ)

Civilité :

Monsieur

Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/Ville

--

Téléphone fixe

--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone portable

--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse email

--

4. SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE A LA DATE DE LA DEMANDE :

Domicile

Chez enfant/Proche

Logement foyer

EHPAD

Hôpital

SSIAD / SAD¹

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

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

5.

6. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom
Prénom

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Commune/Ville

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

Adresse email

7. ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Caisse de retraite

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

COMMENTAIRES

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 A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT
(2 PAGES)

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

--

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom - Prénom

ADRESSE - N° Voie,
rue, boulevard

Code

Commune/Ville

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

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS – JOINDRE LES ORDONNANCES

Taille

--

Poids

--

Amaigrissement récent

Oui Non

CONDUITES A RISQUE

Alcool

Tabac

Sevrage

Oui Non

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

Oui Non

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (  préciser)

Oui Non

RISQUE DE CHUTE Oui Non RISQUE DE FAUSSE ROUTE Oui Non SOINS PALLIATIFS Oui Non

ALLERGIES Oui Non *si oui, préciser*

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE Oui Non *si oui, préciser*
 Ne sait pas *date du dernier prélèvement*

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A ²	B ³	C ⁴
Transfert				
Déplacement	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	haut			
	bas			
Elimination	urinaire			
	fécale			
Habillage	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				
Comportement				
A compléter ???				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		

APPAREILLAGES	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

SOINS TECHNIQUE	Oui	Non
Oxygénothérapie		
continue		
Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		
Pompe (morphine, insuline, ...)		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

Localisation :

Stade :

Durée du soin :

Type de pansement (à préciser : pression négative, ...) :

COMMENTAIRES (MMS, évaluation gérontologique, ...) ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs, ...)

MEDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant) SIGNATURE, DATE ET CACHET DU MEDECIN
 Nom – prénom

² A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement
³ B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement
⁴ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

adresse

N° de téléphone