



Seniors



croix-rouge française

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION À L'EHPAD DE

NOUS SOMMES

LÀ

**POUR VOUS
SOUTENIR**



INFORMATIONS IMPORTANTES À LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST À REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET À PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS AUPRÈS DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

Ce dossier comprend :

- Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute 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 coordinateur exerçant dans l'établissement 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'établissement.

CE DOSSIER DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ DE LA PHOTOCOPIE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- les justificatifs des pensions.

AU MOMENT DE L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIÈCES JUSTIFICATIVES COMPLÉMENTAIRES SERA DEMANDÉ.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DÉPÔT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

NB : pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie), il convient de contacter le conseil général de votre établissement. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil général de ce département.





DOSSIER ADMINISTRATIF

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

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 _____ Clé _____

ADRESSE
domicilié(e) à : _____
N° de voie Extension (bis, ter, ...) Type de voie Nom de la voie

_____ Code postal _____ Commune _____ Pays

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse email _____ @ _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf(e) Séparé(e) Divorcé(e)

ENFANTS Nombre _____ Lieu(x) de résidence _____

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...) :

ÉTAT CIVIL DU REPRÉSENTANT LÉGAL

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 _____

ADRESSE
domicilié(e) à : _____
N° de voie Extension (bis, ter, ...) Type de voie Nom de la voie

_____ Code postal _____ Commune _____ Pays

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse email _____ @ _____

PERSONNE DE CONFIANCE

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : Oui Non

Si oui :

Nom de naissance _____
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) _____

ADRESSE
domicilié(e) à :

N° de voie Extension (bis, ter, ...) Type de voie Nom de la voie

Code postal Commune Pays

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 enfants/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD/SAD⁽¹⁾ Accueil de jour
Autre _____

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

COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même : Oui Non

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter :

Personne référente au niveau du suivi administratif

Nom de naissance _____
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) _____

ADRESSE
domicilié(e) à :

N° de voie Extension (bis, ter, ...) Type de voie Nom de la voie

Code postal Commune Pays

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse email _____ @ _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée _____

COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (suite)

Personne référente au niveau du suivi quotidien

Nom de naissance _____
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) _____

ADRESSE
domicilié(e) à :

_____	_____	_____	_____
<small>N° de voie</small>	<small>Extension (bis, ter, ...)</small>	<small>Type de voie</small>	<small>Nom de la voie</small>
_____	_____	_____	_____
<small>Code postal</small>	<small>Commune</small>		<small>Pays</small>

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 séjours ? 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 :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE : IMMÉDIAT DANS LES 6 MOIS ÉCHÉANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE EN HÉBERGEMENT 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 de 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 MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN
ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES**

DOCUMENT MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNÉE

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

Autres _____

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

Nom _____

Prénom(s) _____

Adresse _____
N° de voie Extension (bis, ter, ...) Type de voie Nom de la voie

Code postal _____ Commune _____ Pays _____

Téléphone fixe _____

Téléphone portable _____

ANTÉCÉDENTS (médicaux, chirurgicaux, psychologiques)

.....
.....
.....
.....
.....

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 À RISQUE

Alcool Oui Non

Tabac Oui Non

Sevrage Oui Non

PORTAGE DE BACTÉRIE MULTIRÉSISTANTE Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser _____

Date du dernier prélèvement _____

Taille _____ Poids _____

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité Oui Non

Surdité Oui Non

RISQUES DE FAUSSE ROUTE

Oui Non

RÉÉDUCATION

Kinésithérapie Oui Non

Orthophonie Oui Non

Autre _____

DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

DOCUMENT MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE

A B C

Transfert			
Déplacement	a l'intérieur		
	à l'extérieur		
Toilette	haut		
	bas		
Élimination	urinaire		
	fécale		
Habillage	haut		
	moyen		
	bas		
Alimentation	se servir		
	manger		
Orientation	temps		
	espace		
Communication pour alerter			
Cohérence			

SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Idées délirantes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hallucinations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Agitation, agressivité (cris, ...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dépression	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Anxiété	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Apathie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Désinhibition	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sortie non accompagnées...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉS

Soins d'ulcère Oui Non

Soins d'escarres Oui Non

Localisation :

Détails

Stade :

Détails

Durée du soin :

Détails

Type de pansement :

Détails

SOINS TECHNIQUES

Oxygénothérapie Oui Non

Sondes d'alimentation Oui Non

Sondes trachéotomie Oui Non

Sonde urinaire Oui Non

Gastrotomie Oui Non

Colostomie Oui Non

Urétérostomie Oui Non

Appareillage ventilatoire Oui Non
(CPAP, VNI, ...)

Chambre implantable Oui Non

Dialyse péritonéale Oui Non

APPAREILLAGE

Fauteuil roulant Oui Non

Lit médicalisé Oui Non

Matelas anti-escarres Oui Non

Déambulateur Oui Non

Orthèse Oui Non

Prothèse Oui Non

Pace-maker Oui Non

Autres _____

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs, vigilances)

.....

.....

.....

.....

MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom _____

Prénom(s) _____

Adresse _____

N° de voie

Extension (bis, ter, ...)

Type de voie

Nom de la voie

Code postal

Commune

Pays

Téléphone fixe _____

Date _____

Signature,
cachet du
médecin



croix-rouge française

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



Retrouvez toutes les informations sur
croix-rouge.fr ou pouvous.croix-rouge.fr

