



Seniors



croix-rouge française

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION À L'EHPAD **NOTRE MAISON**

NOUS SOMMES

LÀ





# 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.
- Le support d'admission permet d'anticiper et de coordonner les actions pour être au plus près des besoins médicaux et sociaux des résidents.
- Le support d'échanges au projet personnalisé du résident permet d'apprendre à connaître la personne pour respecter et favoriser la pérennité de ses habitudes de vie, ses goûts et ses choix, autant que la vie en communauté le permet
- Les directives anticipées : documents relatifs à l'accompagnement en fin de vie.

**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 votre département d'origine.





## 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<sup>(1)</sup>  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 \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile/service d'aide à domicile

## 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 :  
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 \_\_\_\_\_

### 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 ETABLISSEMENT 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

Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_

## PORTAGE DE BACTÉRIE MULTIRÉSISTANTE Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser \_\_\_\_\_

Date du dernier prélèvement \_\_\_\_\_

## 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 PHYCHO-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

### SOINSTECHNIQUES

### APPAREILLAGE

Soins d'ulcère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Soins
d'escarres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sondes d'alimentation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Lit médicalisé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Localisation :	_____		Sondes trachéotomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Détails	_____		Sonde urinaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Déambulateur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Stade :	_____		Gastrotomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Orthèse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Détails	_____		Colostomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Prothèse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Durée du soin :	_____		Urétérostomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pace-maker	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Détails	_____		Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI, ...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres	_____		
Type de pansement :	_____		Chambre implantable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
Détails	_____		Dialyse péritonéale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				

### 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



## SUPPORT D'ADMISSION

A remplir par le demandeur

### LA PERSONNE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :	
Motif d'entrée :	

### AUTONOMIE AU QUOTIDIEN

#### *Communication et orientation*

**Vision :**     Non altéré             Malvoyant             Cécité             Port de lunettes

**Audition :**     Non altéré             Malentendant             Surdité             Prothèses auditives

	Faculté efficace/ Résident autonome	Faculté diminu�e/ Besoin d'aide partielle	Faculté alt�r�e/ Besoin d'aide totale
Expression verbale			
Capacité de compréhension			
Capacité à s'orienter dans le temps			
Capacité à s'orienter dans l'espace			
Capacité de lecture			
Capacité d'écriture			
Mémoire			
Cohérence			
Capacité à alerter autrui			

**Troubles du comportement :**             Non             Oui

**Précisez :**

---

### Mobilité

---

**Besoin d'une aide :**      Canne      Déambulateur      Fauteuil      Ascenseur

**Port de chaussure orthopédique :**       Non       Oui

**Risque de chute :**       Non       Oui

	<b>Faculté efficiente/ Résident autonome</b>	<b>Faculté diminuée/ Besoin d'aide partielle</b>	<b>Faculté altérée/ Besoin d'aide totale</b>
<b>Capacité à sortir du lit</b>			
<b>Capacité à se lever du lit</b>			
<b>Capacité à se lever d'un fauteuil</b>			

---

### Alimentation

---

**Régime :**      Non      Oui

**Préciser :**  
.....

**Texture :**      Normale      Hachée      Mixée

**Risque de fausse route :**      Oui      Non

**Besoin d'aide :**      Non      Oui,

**Précisez :**  
.....

**Matériel adapté :**      Antidérapant      Verre adapté      Couverts adaptés

Couteau fourchette      Assiette à rebord

**Troubles du comportement alimentaire :**      OUI      NON

**Préciser :**  
.....

**Consommation d'alcool :**      OUI      NON

**Collation (du soir) :**      OUI      NON

**Allergies alimentaires :**

---

### Hydratation

---

**Besoin d'une aide :**       Boit seul                       Verre à bec                       Paille  
    Perfusion                       Eau gélifiée                      Autre :

---

### Soins d'hygiène et gestion des appareillages

---

		Faculté efficiente/ Résident autonome	Faculté diminuée/ Besoin d'aide partielle	Faculté altérée/ Besoin d'aide totale
<b>Douche</b>	Haut			
	Bas			
<b>Lavabo</b>	Haut			
	Bas			

**Toilette au lit :**                       OUI                       NON

	Faculté efficiente/ Résident autonome	Faculté diminuée/ Besoin d'aide partielle	Faculté altérée/ Besoin d'aide totale
<b>Toilette du visage</b>			
<b>Toilette intime</b>			
<b>Hygiène dentaire</b>			
<b>Port d'un appareil dentaire</b>			
<b>Port d'un appareil auditif</b>			
<b>Port de bas de contention</b>			

<b>Difficultés particulières/ commentaires</b>	
--	--

---

### Habillage

---

**Capacité à choisir ses vêtements :**                       OUI                       NON

		Faculté efficiente/ Résident autonome	Faculté diminuée/ Besoin d'aide partielle	Faculté altérée/ Besoin d'aide totale
<b>Capacité à s'habiller</b>	Haut			
	Bas			
<b>Capacité à se déshabiller</b>	Haut			
	Bas			

*Elimination*

<b>Continence</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Continence avec besoin d'aide pour s'installer aux toilettes</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Incontinence</b>	<input type="checkbox"/> JOUR	<input type="checkbox"/> NUIT
<b>La personne souhaite-t-elle être réveillée pour un change de protection la nuit</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**INTERVENTION DE PROFESSIONNELS LIBERAUX**

<b>Fonction</b>	<b>Nom et prénom</b>	<b>Adresse</b>	<b>N° de téléphone</b>	<b>Rythme des interventions</b>
Médecin traitant				
Autres :				

**VIE SOCIALE**

<b>Visites extérieures (famille, amis)</b>	
--	--

<b>Fréquence moyenne des visites</b>	
--------------------------------------	--

**FIN DE VIE**

<b>Existence de directives anticipées</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Personnes à prévenir</b>		

<b>COMMENTAIRES :</b>
-----------------------

Date

Le support d'admission est rempli par :

Le résident

La personne de confiance



## Support d'échanges au projet personnalisé du résident

A remplir par le demandeur

### La personne

Nom :

Prénom :

Date de naissance :	
Date d'entrée :	
Motif d'entrée :	
Référent légal : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle	
Personne de confiance :	

### La situation familiale

<b>SITUATION MARITALE :</b>	
<b>FAMILLE ET PROCHES :</b>	
-	-
-	-
-	-

### Histoire de vie

Lieux de vie antérieurs, profession(s) antérieure(s), Activités antérieures, évènements et dates marquantes

### Les Habitudes s

Plats préférés	Plats détestés
-	-
-	-
-	-

Appétit	Alimentation
<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand  <input type="checkbox"/> Diners légers  <input type="checkbox"/> Collation le soir  <input type="checkbox"/> Tisane le soir	<input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Végétalien  <input type="checkbox"/> Sans sucre <input type="checkbox"/> Sans sel  <input type="checkbox"/> Viande hachée  Autre

**Lieu du petit-déjeuner**     au lit     à table en chambre     au restaurant

Composition du petit déjeuner :

**Pour mon bien être personnel, je préfère**

	Fréquence et horaire:	Vêtements préférés
<input type="checkbox"/> Douche :		-
<input type="checkbox"/> Toilette au lavabo		-
<input type="checkbox"/> Toilette au lit		-
		Accessoires préférés
<input type="checkbox"/> Le parfum		-
<input type="checkbox"/> Le maquillage		-
<input type="checkbox"/> Le rasage : fréquence		-
<input type="checkbox"/> Le coiffeur : fréquence		
<input type="checkbox"/> Autres soins :		

**Mes habitudes de repos**

<input type="checkbox"/> Lever vers	<input type="checkbox"/> La nuit me rend anxieux/anxieuse
<input type="checkbox"/> Coucher vers	<input type="checkbox"/> J'ai l'habitude de me lever la nuit
<input type="checkbox"/> Sieste	<input type="checkbox"/> Je dors profondément
<input type="checkbox"/> J'ai besoin d'un objet/ambiance/lumière pour dormir :	

---

*Les principales difficultés au quotidien*

---

<input type="checkbox"/> La difficulté à voir	<input type="checkbox"/> La prise de repas
<input type="checkbox"/> La difficulté à entendre	<input type="checkbox"/> L'habillement
<input type="checkbox"/> La difficulté à se souvenir	<input type="checkbox"/> Rester seul(e)
<input type="checkbox"/> La difficulté à s'orienter	<input type="checkbox"/> La douleur
<input type="checkbox"/> La difficulté à s'exprimer	<input type="checkbox"/> Le traitement
<input type="checkbox"/> La peur de tomber	<input type="checkbox"/> Mes appareils ou prothèses
<input type="checkbox"/> La peur de se perdre	<input type="checkbox"/> Mon moral

**Date**

**Le support d'échange au projet personnalisé est rempli par :**

Le résident

La personne de confiance



## Directives anticipées relatives à la fin de vie

A remplir par le demandeur

Décret d'application 2006-119 du 06/02/2006

(Articles L.1111-4, L.1111-11 à L1111-13 et R.1111-17 à R.1111-20, R.1112-2, R. 4127-37 du CSP)

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles seront consultées préalablement à la décision médicale et leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical. Ces directives anticipées sont révisables à tout moment et sont sans limitation de durée de validité. Si vous souhaitez que vos directives soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge au sein de l'établissement : confiez-les lui ou signaler leur existence et indiquer les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées.

*Le jour où je ne pourrai plus prendre une décision moi-même, je soussigné(e), Monsieur (Madame) ....., né(e) le ....., demande, après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés, que soient respectées les dispositions suivantes :*

*Mesures thérapeutiques (ex : soins intensifs, soins relationnels, soins corporels, médications, etc.)*

### Document à verser au dossier du patient

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

Fait à ....., le .../.../....

Signature de l'intéressé(e) :

*En cas d'incapacité d'écrire et de signer, 2 personnes témoins (Proches, personne de confiance, médecin traitant, ...etc.) attestent que ce document exprime bien la volonté libre et éclairée de l'intéressé(e):*

Nom, prénom du témoin No 1, agissant en qualité de .....

Signature :

Nom, prénom du témoin No 2, agissant en qualité de .....

Signature :

## INSTRUCTIONS EN CAS DE DECES

---

### 1. Personne à prévenir en cas de décès (filiation, famille, tutelle) :

Nom : ..... Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

A Prévenir :

JOUR                       NUIT

### 2. Y a-t-il un contrat d'obsèques ?

Si OUI : quel organisme ?

Nom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

Si NON : organisme de pompes funèbres à prévenir

Nom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

### 3. Y a-t-il une concession ?

OUI                       NON

Si Oui, le lieu : .....

### 4. Y aura-t-il un don de corps ?

OUI                       NON

Si oui fournir la carte

### 5. Y aura-t-il une incinération ?

OUI                       NON

Si Oui, le lieu : .....

### 6. Vœux particuliers :

- Choix vestimentaires :

.....  
.....

- Rite particulier :

.....  
.....

Nous rappelons aux personnes à prévenir en cas de décès de nous laisser impérativement leurs coordonnées (adresse et téléphone) en cas de déplacement de plus de 48 heures

A..... Le.....

## NOTRE MAISON

640 Avenue de Mazargues  
13008 MARSEILLE

Tel.: 04.91.40.05.39 / Fax. : 04.91.40.37.82

[ehpad.notre-maison@croix-rouge.fr](mailto:ehpad.notre-maison@croix-rouge.fr)

### HORAIRES D'OUVERTURE DES BUREAUX

Du lundi au vendredi de 09H00 à 18H00

En cas d'absence, un répondeur enregistre les messages.

N° d'astreinte en dehors des horaires d'ouverture du bureau : 06.15.09.30.19



**croix-rouge française**

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



Retrouvez toutes les informations sur  
[croix-rouge.fr](http://croix-rouge.fr) ou [pouvous.croix-rouge.fr](http://pouvous.croix-rouge.fr)