



Dossier unique de demande d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en Saône-et-Loire

<p>Cadre réservé à l'établissement</p> <p>+++++</p> <p>Reçu le :</p> <p>N° interne :</p>	<p>Nom :</p> <p>.....</p> <p>Suite à donner :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------



NOTICE EXPLICATIVE CONCERNANT LE DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN EHPAD EN SAÔNE-ET-LOIRE

UN DOSSIER UNIQUE : POURQUOI ?

Vous souhaitez être accueilli(e) dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en Saône-et-Loire.

Pour simplifier vos démarches et faciliter le traitement de votre demande tout en améliorant le respect de vos choix, de vos besoins et de vos attentes, le Département de Saône-et-Loire et ses partenaires ont mis en place un dossier unique comprenant :

- le dossier national (cerfa n°14732*01)
- un volet départemental composé de 3 parties (demande / financement / besoins et attente)
- et d'autres informations complémentaires en annexes

OÙ SE PROCURER CE DOSSIER UNIQUE ?

Vous pouvez vous procurer ce document auprès des structures suivantes :

- EHPAD sollicité(s).
- Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC).
- Maison locale de l'autonomie (MLA) et Services Autonomie (SA) du Conseil général.
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).
- Services sociaux des établissements de santé.

Vous pouvez aussi télécharger la version numérique de ce document sur le site internet du Conseil général de Saône-et-Loire (www.cg71.fr) : onglet « Mission » puis lien « Personnes âgées - Personnes handicapées ».

ET APRÈS ?

Les établissements vous tiendront informés des suites qui pourront être données à votre demande.

Pour une meilleure gestion de ces demandes, merci de bien vouloir ensuite informer les établissements sollicités de tout changement ou évolution de votre situation (annulation de votre demande, entrée dans un autre établissement...).



Liberté • Egalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



N° 14732*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**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 RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- ° UN VOLET MEDICAL, 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 A L'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

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 (événement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

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

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

PERSONNE DE CONFIANCE

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 / 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

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⁽¹⁾

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 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 à l'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.



**VOLET DÉPARTEMENTAL
A – VOTRE DEMANDE**

Ces informations sont nécessaires pour traiter votre demande dans les meilleurs délais et conditions.

PRÉCISIONS SUR VOS SOUHAITS

Chambre : Simple Double Indifférent

Fumeur : Oui Non

Demande à traiter en lien avec celle d'un(e) proche :

Ces informations permettent d'informer de votre souhait d'entrer dans le même ou à proximité de l'établissement de ce proche

Civilité : Madame Monsieur

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom(s) : Date de naissance :

Déjà en établissement → précisez nom et commune de l'établissement :

Demande(s) en cours → précisez date de la demande, nom et commune de(s) l'établissement (s) :

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS SOUHAITÉS (5 MAXIMUM) PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE

Établissement	N° de priorité
Commune : Nom de l'établissement :	
Commune : Nom de l'établissement :	
Commune : Nom de l'établissement :	
Commune : Nom de l'établissement :	
Commune : Nom de l'établissement :	



VOLET DÉPARTEMENTAL B – VOTRE FINANCEMENT

Ces informations vous sont demandées pour permettre aux professionnels de travailler dès que possible à la mise en place d'un plan d'aide adapté à votre futur hébergement

PROTECTION SOCIALE

Assurance maladie : Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
 Mutualité sociale agricole (MSA)
 Couverture maladie universelle (CMU)
 Autre → Précisez :

Régime complémentaire : CMU complémentaire (CMU-C)
 Mutuelle ou assurance → Précisez :
 Autre → Précisez :
 Aucun

PRÉCISIONS SUR VOS RESSOURCES MOBILISABLES

Différentes aides existent pour vous aider à financer votre hébergement, et notamment : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)¹, la prestation de compensation du handicap (PCH)² et l'allocation logement³.

Il existe également une possibilité de financement par l'aide sociale à l'hébergement, attribuée et versée par le Conseil général sous forme d'une avance récupérable.

Revenu fiscal annuel : Demandeur : OU Foyer :
Merci de reporter les montants de l'avis d'imposition joint Conjoint(e) :

Autres précisions éventuelles sur les ressources mobilisables (biens, participations des enfants, etc.) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¹ L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est attribuée et versée par le Conseil général sous conditions d'éligibilité.
² La prestation de compensation du handicap (PCH) est attribuée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et versée par le Conseil général sous conditions d'éligibilité.
³ Les allocations logements (APL, ALS) sont attribuées et versées par les caisses d'allocations familiales (CAF) sous conditions d'éligibilité.



**VOLET DÉPARTEMENTAL
C – VOS BESOINS ET ATTENTES**

Ces informations permettent à l'établissement de mieux vous connaître.

SI CONNUES, INFORMATIONS SUR LE GIR

Groupe GIR : Date de l'évaluation :

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

- Habitat non adapté
- Isolement, solitude
- Rapprochement familial
- Perte d'autonomie
- Raisons de santé
- Demande de précaution
- Autre → merci de préciser :

PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRÈS DU DEMANDEUR

- Auxiliaire de vie quotidienne (AVQ) et/ou SAD⁴ → précisez (nature, fréquence, etc.) :
- Infirmier et/ou SSIAD⁵ → précisez (nature, fréquence, etc.) :
- Kinésithérapeute → précisez (nature, fréquence, etc.) :
- Spécialiste → précisez (nature, fréquence, etc.) :
- Autres → précisez (nature, fréquence, etc.) :

VOS ATTENTES

Vous pouvez préciser ici d'autres informations concernant vos habitudes de vie, activités occupationnelles, ou tout autre élément que vous jugerez utile de porter à la connaissance des établissements.

.....

.....

.....

.....

.....

⁴ Service d'aide à domicile
⁵ Service de soins infirmiers à domicile



ANNEXES AU VOLET DÉPARTEMENTAL INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES EHPAD

DÉFINITION D'UN EHPAD

Il s'agit d'établissements (maison de retraite et/ou unité de soins de longue durée) qui, après signature d'une convention avec le Département et l'État (représentant les caisses d'assurance maladie), s'engagent dans une démarche qualité et sont autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes.

Juridiquement, ils peuvent être :

- Publics autonomes, c'est-à-dire dotés d'une gestion autonome.
- Publics territoriaux, c'est-à-dire gérés par une collectivité territoriale.
- Publics annexés, c'est-à-dire rattachés à un hôpital (budget annexe).
- Privés, habilités ou non habilités à l'aide sociale.

ADMISSION EN EHPAD

Les EHPAD accueillent des personnes âgées de 60 ans et plus. Ils peuvent, par dérogation, accueillir des personnes moins âgées.

DEPENSES LIÉES À UN HÉBERGEMENT EN EHPAD

FORFAIT SOINS

Quoi : prise en charge des soins (personnel, paramédical, médicaments, etc.).

Montant : réglementé par la sécurité sociale.

Sources de financement possibles :

→ Régimes d'assurance maladie.

Remarques :

→ La plupart des dépenses sont payées via un versement direct à l'établissement sous forme d'un forfait journalier.

→ Les consultations du médecin traitant ou des médecins spécialistes de ville sont remboursées comme avant.

TARIF DÉPENDANCE

Quoi : aides techniques et humaines apportées au résident pour accomplir les actes essentiels de la vie.

Montant :

→ Fixé par le Conseil général sur proposition du conseil d'administration de l'établissement.

→ Variable en fonction du degré de dépendance.

Sources de financement possibles :

→ Allocation personnalisée d'autonomie (APA, versée par le Conseil général).

→ Financement personnel.

TARIF HÉBERGEMENT

Quoi : entretien et administration de l'établissement, restauration, activités d'animation, etc.

Montant :

→ EHPAD privés non habilités : fixé librement par l'établissement.

→ Autres : fixé par le Conseil général sur proposition de l'établissement.

Sources de financement possibles :

→ Allocation logement (versée par la CAF ou la MSA).

→ Aide sociale à l'hébergement si l'EHPAD est habilité (versée par le Conseil général).

→ Financement personnel.

Remarque : le contenu couvert par ce tarif peut varier d'un établissement à l'autre ; se renseigner auprès des établissements sollicités.

AUTRES DÉPENSES

Quoi : variables d'un établissement à l'autre, mais notamment :

→ Produits de toilette personnels.

→ Téléphone et télévision.

→ Sorties et spectacles.

→ Prestations telles que coiffure, manucure ou pédicure.

→ Etc.

Montant : variable également d'un établissement à l'autre ; se renseigner auprès des établissements sollicités.

Sources de financement possibles :

→ Financement personnel.



ANNEXES AU VOLET DÉPARTEMENTAL LISTE DES CONTACTS

SERVICES AUTONOMIE 71

Mâcon/Cluny/Tournus

268, rue des Épinoches - 71000 Mâcon
Tél. : 03 85 21 65 13

Paray-le-Monial/Charolles

8, place Charles-le-Téméraire - 71120 Charolles
Tél. : 03 85 88 05 70

Chalon-sur-Saône/Louhans

52, rue Pierre Deliry - 71100 Chalon-sur-Saône
Tél. : 03 85 98 28 00

Autun

9, bd Frédéric Latouche - 71400 Autun
Tél. : 03 85 86 90 50

Montceau-les-Mines/Le Creusot

24, bd Maréchal De-Latre-de-Tassigny
71300 Montceau-les-Mines
Tél. : 03 85 67 67 15

CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC)

Chalon-sur-Saône

CCAS - 36, rue Général-Leclerc - BP 92
71100 Chalon-sur-Saône
Tél. : 03 85 93 85 20
@ : maison.vermeil@chalonsursaone.fr

Le Creusot

Association de l'agglomération creusotine de
coordination autour de la dépendance -
2, avenue de Verdun - 71200 Le Creusot
Tél. : 03 85 55 95 88
@ : accord@orange.fr

Mâcon

CCAS - 6, place Carnot 71000 Mâcon
Tél. : 03 85 39 72 10
@ : clic@ville-macon.fr

Montceau-les-Mines

Réseau gérontologie Arroux-Bourbince - Centre
hospitalier BP 189 - 71300 Montceau-les-Mines
Tél. : 03 85 67 64 03
@ : secretariat.gerontologie@ch-montceau71.fr

GUICHETS UNIQUES (CLIC & SERVICE AUTONOMIE)

Autun

Réseau gérontologique de l'Autunois -
9, bd Frédéric Latouche - 71400 Autun
Tél. : 09 77 31 05 78
@ : reseau-geronto-autun@wanadoo.fr

Charolles

Réseau gérontologique du Pays charolais -
6, rue du Prieuré - 71120 Charolles
Tél. : 03 85 24 32 64
@ : reseau.geronto@ch-charolles.fr

Cluny

CLIC du Clunisois
Résidence Bénéfin, rue des Ravattes - 71250 Cluny
Tél. : 03 85 59 30 60
@ : coord.geronto.cluny@wanadoo.fr

Louhans

Coordination gérontologique de la Bresse
bourguignonne - 3, rue des Bordes - 71500 Louhans
Tél. : 03 85 75 85 85
@ : cq2b@orange.fr

Tournus

Réseau de santé des 3 rivières - Hôpital de Belnay -
627, avenue Henri-et-Suzanne-Vitrier
71700 Tournus
Tél. : 03 85 32 56 14
@ : clicrs3r-am@orange.fr

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF)

Siège départemental

177, rue de Paris - 71000 Mâcon
Tél. : 0810 25 71 10 (prix d'un appel local à partir d'un
poste fixe)
Site : www.caf.fr

Autun (71400)

Espace Bernard Renault, rue des Cités

Chalon-sur-Saône (71100)

15, avenue Victor Hugo

Le Creusot (71200)

6, avenue de Verdun

Digoin (71160)

32, rue Bartoli

Montceau-les-Mines (71300)

4, rue F. Mitterrand, quartier des équipages

Paray-le-Monial (71600)

1, rue du 8 mai



ANNEXES AU VOLET DÉPARTEMENTAL CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DÉPENDANCE

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette chartre sera appliquée dans son esprit.

Article 1 : choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

Article 2 : cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

Article 3 : vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

Article 4 : présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Article 5 : patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Article 6 : valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

Article 7 : liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

Fondation nationale de gérontologie (FNG), 2007.

Article 8 : préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

Article 9 : accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

Article 10 : qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

Article 11 : respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article 12 : la recherche, une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

Article 13 : exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

Article 14 : l'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Alcool <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Sevrage <input type="checkbox"/>	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, préciser (localisation, etc.) <input type="text"/> Préciser la date du dernier prélèvement <input type="text"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Cécité <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/>	RISQUE DE FAUSSE ROUTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	REEDUCATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Autre <i>(préciser)</i> <input type="text"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		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 (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
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 (préciser)		

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