

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEECivilité Monsieur Madame Nom
d'usage

Prénom(s)

Nom de
naissance

Date de naissance

Lieu de naissance

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

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

Adresse email _____

SITUATION FAMILIALECélibataire Marié(e) Vit maritalement Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Célibataire géographique

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle :

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

Organismes :

UDAF 87 ALSEA AEPAPE 87

Autre organisme , préciser :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL**A NE REMPLIR QUE SI VOUS ÊTES SOUS TUTELLE, CURATELLE
OU AUTRE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**Civilité Monsieur Madame

Nom d'usage du représentant légal

Prénom(s)

Commentaires :

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

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

Adresse email _____

COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (Aidant Principal)La personne concernée elle-même OUI NON , préciser ses coordonnées :Nom d'usage Prénom(s) Commentaires : **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 **COORDONNEES AUTRE PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (Entourage)**Nom d'usage Prénom(s) Commentaires : **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 **PERSONNE DE CONFIANCE**A NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DESIGNÉ PAR ECRIT UNE PERSONNE DE CONFIANCE
(article L.1111-6 du Code de la santé publique)Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : NON OUI , préciser ses coordonnées :Nom d'usage Prénom(s) Commentaires : **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

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

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD / SAD¹ Accueil de jour

Préciser le nom de l'établissement ou du service :

Domicile Chez enfant/proche Autre (préciser) :

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

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

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

*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.

COMMENTAIRES :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : URGENT

LE PLUS TOT POSSIBLE

DEMANDE DE PRECAUTION

Type d'hébergement recherché :

Hébergement permanent Commentaire :

Hébergement temporaire Du _____ Au _____ Commentaire :

Accueil de jour Du _____ Au _____ Commentaire :

Accueil de nuit Du _____ Au _____ Commentaire :

Accueil couple souhaité OUI NON

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

PERSONNE CONCERNÉE

Civilité Monsieur Madame

Nom d'usage

Prénom(s)

Nom de naissance

Date de naissance

INDIQUEZ PAR ORDRE DE PRIORITÉ LES ÉTABLISSEMENTS OÙ VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCUEILLI

1 ^{er} choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
2 ^{ème} choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
3 ^{ème} choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
4 ^{ème} choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
5 ^{ème} choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
6 ^{ème} choix	Nom de l'établissement	
	Commune	

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité Monsieur Madame Nom d'usage

Prénom(s) Nom de naissance

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

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

	OUI	NON
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REEDUCATION

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser)	<input type="text"/>

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transferts				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communiquer pour alerter				
Cohérence	communication			
	comportement			

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		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

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

PERSONNE CONCERNEECivilité Monsieur Madame Nom
d'usage

Prénom(s)

Nom de
naissance

Date de naissance

TOILETTE / HABILLEMENT/HABILLAGEVous faites votre toilette Seul(e) Avec une aide partielle Avec une aide complèteVous vous habillez et vous déshabillez Seul(e) Avec une aide partielle Avec une aide complète

Précisions éventuelles :

TRANSFERTS / DEPLACEMENTSVous vous levez du lit seul(e) Oui Avec difficulté NonVous vous mettez (couchez) au lit seul(e) Oui Avec difficulté NonVous vous asseyez et vous vous relevez du
fauteuil seul(e) Oui Avec difficulté NonVous prenez un ascenseur seul(e) Oui NonVous montez et descendez les escaliers seul(e) Oui NonVous marchez seul(e) Oui NonVous utilisez les aides techniques suivantes lit médicalisé déambulateur cannes fauteuil roulant

Précisions éventuelles :

COHERENCEVous pouvez vous exprimer et converser Oui Avec difficulté NonVous vous occupez seul(e) de la prise de médicaments (dose et horaire) Oui Avec difficulté NonVous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et
composez les numéros... Oui Avec difficulté NonVous avez des problèmes de mémoire Jamais Parfois Souvent

Précisions éventuelles :

ORIENTATIONVous vous repérez dans les moments de la journée Oui Avec difficulté NonVous vous repérez dans les moments de l'année (mois, saison, année) Oui Avec difficulté NonVous vous repérez dans les lieux habituels (domicile) Oui Avec difficulté NonVous vous repérez dans des lieux inconnus Oui Avec difficulté NonVous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante Oui Avec difficulté Non

Précisions éventuelles :

SOMMEIL

Votre sommeil est Correct Correct avec traitement Difficile

Précisions éventuelles :

CONTINENCE

Utilisez-vous des protections Oui, le jour Oui, la nuit Non

Si oui, les gérez-vous seul(e) Oui Non

Précisions éventuelles :

ALIMENTATION

Vous avez besoin d'aide à table pour les activités suivantes :

couper la viande Oui Avec difficulté Non

verser de l'eau dans un verre Oui Avec difficulté Non

peler un fruit Oui Avec difficulté Non

Vous mangez seul(e) (porter les aliments à la bouche) Oui Avec difficulté Non

Votre repas doit être Mixé Haché De texture normale

Vous présentez des difficultés à avaler Oui Non

Précisions éventuelles :

AIDES EN PLACE

Vous bénéficiez de l'intervention au domicile :

d'un infirmier ou d'un personnel de service de soins infirmier à domicile (SSIAD) Oui Non

d'un service d'aide à la personne Oui Non

d'une employée de maison, aide ménagère, auxiliaire de vie Oui Non

d'un service de portage de repas à domicile Oui Non

d'un dispositif de téléassistance Oui Non

Précisions éventuelles :

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES :

NOM ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE AYANT RENSEIGNÉ LE VOLET AUTONOMIE SI DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE CONCERNÉE

(nom, prénom, adresse, téléphone) :

Lien avec la personne concernée :

Date

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

Signature