



DOSSIER UNIQUE DE PRÉ-INSCRIPTION

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE OU HÉBERGEMENT PERMANENT

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
(EHPA)

PETITES UNITÉS DE VIE (PUV OU MAPA)

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
DÉPENDANTES (EHPAD)

UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD)

Madame, Monsieur,

Vous allez effectuer une demande de pré-inscription auprès d'un ou plusieurs établissements. Les informations font l'objet d'un traitement informatique qui vous évite de déposer plusieurs dossiers, permet d'informer rapidement les établissements que vous avez choisis et d'assurer le suivi de votre demande. Les destinataires de ces données sont les établissements choisis et les plateformes d'information et de coordination du territoire concerné (Espace autonomie seniors).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant aux établissements choisis ou à la plateforme d'information et de coordination de votre secteur (Espace autonomie seniors) ou au correspondant informatique et liberté du département du Morbihan (cil56@morbihan.fr). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

// VOLET « CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS »

Une page à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme...)

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

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

1^{er} choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

2^e choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

3^e choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

4^e choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

5^e choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	



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.

// VOLET ADMINISTRATIF

Trois pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin

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

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

**À NE REMPLIR QUE SI VOUS ÊTES SOUS TUTELLE,
CURATELLE, MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

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'ÉTABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE **À NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DÉSIGNÉ PAR ÉCRIT 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 : 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

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

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 MÉDICAL en cas de demande de pré-inscription en EHPAD ou USLD, deux pages à remplir par votre médecin et à mettre sous pli confidentiel

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 OUI NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)
Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité OUI NON
Surdité OUI NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION

Kinésithérapie OUI NON
Orthophonie OUI NON

Autre (préciser)



**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				

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)		

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

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

// VOLET « AUTONOMIE »**Deux pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme)**

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom(s) du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

TOILETTE/ HABILLEMENT

Vous faites votre toilette :

 Seul(e)
 Avec une aide partielle
 Avec une aide complète

Vous vous habillez ou déshabillez :

 Seul(e)
 Avec une aide partielle
 Avec une aide complète
TRANSFERTS/ DÉPLACEMENTSVous vous levez du lit seul(e) : Oui Avec difficulté NonVous vous mettez (couchez) au lit seul(e) : Oui Avec difficulté NonVous vous asseyez au 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 marchez avec le soutien d'une canne : Oui NonVous marchez avec le soutien d'un déambulateur : Oui NonVous utilisez un fauteuil roulant par intermittence : Oui NonVous utilisez un fauteuil roulant en permanence : Oui Non**COHÉRENCE**

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

 Oui
 Avec difficulté
 Non

Vous vous occupez seul (e) de la prise de vos médicaments (dose et horaire) :

 Oui
 Avec difficulté
 Non

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros...

 Oui
 Avec difficulté
 Non

Vous pouvez vous exprimer et converser :

 Oui
 Avec difficulté
 Non

ORIENTATION

- Vous vous repérez dans les moments de la journée : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les moments de l'année : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les lieux habituels : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans des lieux inconnus : Oui Avec difficulté Non

SOMMEIL

- Votre sommeil est : Correct Correct avec un traitement Difficile

CONTINENCE

- Utilisez-vous des protections : Oui, le jour Oui, la nuit Non
- Si oui, vous les gérez seul(e) : Oui Non

ALIMENTATION

- Vous mangez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous servez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Votre repas doit être : Mixé Haché De texture normale

Précisions éventuelles : _____

Nom de la personne ayant renseigné le volet Autonomie : _____

Fonction ou qualité si cette personne n'est pas le demandeur : _____

Date : _____

Signature