

Dossier de demande d'Admission en EHPAD

Article D. 312-155 du code de l'Actions Sociale et des familles

Réservé à l'établissement : EHPAD LES CHATAIGNIERS, Chauvigny

Priorités d'accès :

- Personne concernée ou famille domiciliée sur le canton de Chauvigny : oui non
- Retraité IRCEM : oui non
- Retraité MALAKOFF MEDERIC : oui non
- Retraité AG2R la MONDIALE (REUNICA) : oui non



EHPAD les Châtaigniers
14, chemin du Châtaignier
86300 CHAUVIGNY

Tél. : 05 49 42 24 00 - Fax : 05 49 42 24 50
E-mail : ehpadchataigniers86@orange.fr
Site internet : www.ehpadchataigniers.fr

INFORMATIONS IMPORTANTES A 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,...)
- Un VOLET MEDICAL, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, à **mettre sous plis confidentiel**, qui permet notamment au médecin coordonnateur 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 ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

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.

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 soit le conseil général du département où se situe l'EHPAD, soit l'EHPAD directement.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

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 :

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune / Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse email :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacé(e) Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfants :

MESURES 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 familiale récent, décès du con joint...):

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

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

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune / Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse email :

PERSONNE DE CONFIANCE

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

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 Accueil de jour

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

Domicile Chez enfant/ proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD / SAD

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

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 naissance :

(suivi s'il y a lieu par le 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 :

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (suite)

Autre personne à contacter (2)

Nom de naissance :

(suivi s'il y a lieu par le 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 de 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 (APA) : OUI NON Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap / Allocation : OUI NON Demande en cours envisagée

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat Dans les 6 mois Echéance 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.

Dossier médical d'admission en EHPAD

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLIS CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de naissance : Prénom (s) :

(suivi s'il y a lieu par le 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

TRAITEMENT EN COURS ou JOINDRE ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI NON **ALLERGIES** OUI NON Si oui, précisez :

Date de la dernière consultation dentiste : Nom du dentiste :

ALD OUI NON Si oui laquelle :

Date du dernier vaccin antitétanique :

CONDUITES A RISQUE OUI NON **PORTAGE DE BACTERIE MULTI RESISTANCE** 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, précisez (localisation...)	
Précisez la date du dernier prélèvement	

Taille : **Poids :**

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON

RISQUES DE FAUSSE ROUTE OUI NON

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

ALIMENTATION Normale Hachée Mixée

REEDUCATION OUI NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (précisez) :

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLIS CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

		A	B	C			OUI	NON
Transfert Déplacements	A l'intérieur				Idées délirantes			
	A l'extérieur				Hallucinations			
Toilette	Haut				Agitation, agressivité (cris...)			
	Bas				Dépression			
Elimination	Urinaire				Anxiété			
	Fécale				Apathie			
Habillage	Haut				Désinhibition			
	Moyen				Comportement moteurs aberrants (dont déambulation pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)			
	Bas							
Alimentation	Se servir				Troubles du sommeil			
	Manger							
Orientation	Temps							
	Espace							
Communication pour alerter								
Cohérence								

PANSEMENTS ou

SOINS CUTANES

OUI

NON

SOINS TECHNIQUES

OUI

NON

APPAREILLAGES

OUI

NON

Soins d'ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sondes d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sondes trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coussin anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée du soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urétérostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Appareil ventilatoire (CPAP, VNI...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pace-maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type de pansement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chambre implantable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (<i>préciser</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dialyse péritonéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs,)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom : Prénom :

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune / Ville :

Date :

Signature :

Cachet du médecin :