



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

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES



Résidence Esther Lerouge - 201 rue de la Bourgeoisierie - 45340 AUXY

Tél : 02.38.96.71.78 – Fax : 02.38.96.48.10 – Mail : mrauxy@wanadoo.fr

<https://residence.esther.lerouge-e.monsite.com>

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : __ / __ / __

Hébergement permanent

Date d'entrée souhaitée : __ / __ / __

Immédiate : Oui Non

Dans les 6 mois : Oui Non

Admission avec le conjoint souhaitée : Oui Non

INFORMATIONS IMPORTANTES

La personne sollicitant une 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 après desquels la personne souhaite entrer.

Vous pouvez effectuer votre démarche directement en ligne : www.viatrajectoire.fr

Le dossier comprend :

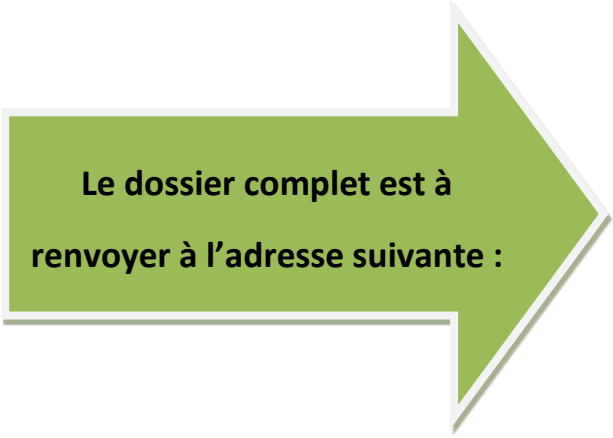
- **Un volet administratif** renseigné par la personne concernée ou toute autre personne habilitée pour le faire
- **un volet médical**, daté et signé du médecin, qui permet notamment au médecin coordonnateur exerçant dans l'établissement d'accueil d'émettre un avis de circonstance sur la capacité de l'EHPAD à prendre en charge la personne au vu du niveau de médicalisation de l'établissement.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION. Suite à l'étude du dossier par le médecin coordonnateur de l'EHPAD, une visite de pré-admission obligatoire vous sera proposée. Puis le dossier sera soumis à « la commission d'admission ». La Direction prononcera son accord pour une inscription sur la liste d'attente d'une place disponible.

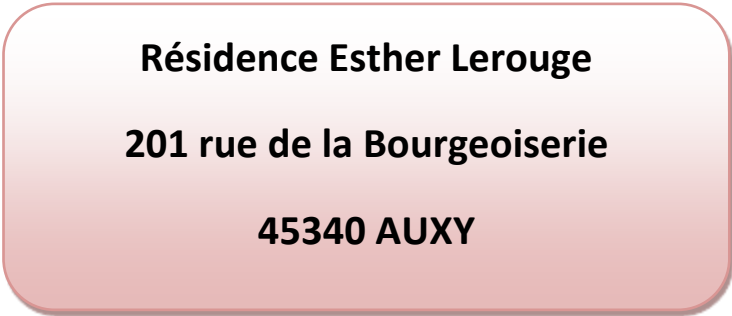
CE DOSSIER DOIT IMPERATIVEMENT ETRE ACCOMPAGNE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- ✚ Copie de la carte identité ou du passeport
- ✚ Copie du livret de famille
- ✚ Copie attestation sécurité sociale et carte de mutuelle
- ✚ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- ✚ Justificatifs des pensions
- ✚ Copie du jugement pour les personnes sous-tutelle

Au moment de l'entrée en établissement, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires vous sera demandées.



Le dossier complet est à renvoyer à l'adresse suivante :



Résidence Esther Lerouge
201 rue de la Bourgeoiserie
45340 AUXY

DOSSIER ADMINISTRATIF

1. ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom (s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° Caf

Situation familiale (cocher la mention utile) :

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant (s) : _____

Présence d'un aidant¹ : Oui Non

Désignation d'une personne de confiance² : Oui Non

Existe-t-il un animal de compagnie : Oui Non

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNEE A L A DATE DE LA DEMANDE

Domicile Chez enfant / proche Résidence autonomie Résidence service seniors

Long séjour EHPAD Autres (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code Postal Commune / ville

Téléphone fixe _____ - _____ - _____ - _____ - _____ Téléphone portable _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Adresse email _____ @ _____

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile) :

SAAD³ SIAD⁴ SPASAD⁵ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne » article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous sont seront donnés à cet effet. A défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.) ?

Oui Non

Contexte de la demande d'admission (toute information utile à préciser)

3. COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même : Oui Non (si Oui, ne pas compléter)

Mesure de protection juridique : Oui Non (si Oui, aller directement à la partie 4)

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom (s)

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code Postal Commune / ville

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

Adresse email _____ @ _____

Proche aidant : Oui Non

Personne de confiance : Oui Non

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom (s)

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code Postal Commune / ville

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

Adresse email _____ @ _____

Proche aidant : Oui Non

Personne de confiance : Oui Non

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : Oui Non En cours⁶

³ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

⁴ SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

⁵ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

⁶ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale⁷
Mandat de protection future⁸ actif⁹ non actif

Etat civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne Ou dénomination sociale du service désigné	
Nom de naissance	
Prénom (s), s'il s'agit d'une personne	
Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement	

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code Postal Commune / ville

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

Adresse email @

Proche aidant : Oui Non

Personne de confiance : Oui Non

5. **COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : Oui Non

Nom d'usage	<input type="text"/>
Prénom (s)	<input type="text"/>

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code Postal Commune / ville

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

Adresse email @

6. **ASPECTS FINANCIERS**

Comment la personne concernée pense t-elle financer ses frais de séjour ?

Seule

Obligés alimentaires ou autres tiers

⁷ L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

⁸ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataires) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁹ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

Caisse de retraite

Aide sociale à l'hébergement : Oui Non Demande en cours

Allocation logement (APL / ALS) : Oui Non Demande en cours

APA en établissement pour l'hébergement permanent : Oui Non Demande en cours

Prestation de compensation du handicap : Oui Non

Allocation compensatrice pour tierce personne : Oui Non

Autres commentaires :

Date de la demande : __ / __ / ____

Signature de la personne concernée ou de son
représentant légal :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹²

	ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances

--

Taille

Poids

Amaigrissement récent¹³

Oui

Non

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si oui, précisez laquelle :		
Si oui, précisez si elle est en cours de sevrage		
Oui <input type="checkbox"/>		
Non <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ¹⁴	Oui	Non
Si oui, précisez laquelle :		
<ul style="list-style-type: none"> - Visuelle - Auditive - Gustative - Olfactive - Vestibulaire - Tactile 		

Rééducation	Oui	Non
Si oui, précisez laquelle :		
<ul style="list-style-type: none"> - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre 		

Risque de chute

Oui

Non

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui

Non

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui

Non

Oui	Non
-----	-----

¹² Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

¹³ Perte de poids : > ou = 5% en 1 mois, ou > ou = 10% en 6 mois (HAS 2007).

¹⁴ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées – volet EHPAD – HAS 2016)

Allergies	Oui	Non	Si oui, précisez :
Portage de bactérie Multi résistante	Oui	Non	Si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A ¹⁵	B ¹⁶	C ¹⁷
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes	Oui	Non
Comportementaux et psychologiques ¹⁸		
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- Déambulations pathologiques		
- Gestes incessants		
- Risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur/canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins ulcère		
- Soins escarres		
Localisation :		

¹⁵ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

¹⁶ B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

¹⁷ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, correctement.

¹⁸ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit (HAS – Inventaire neuropsychiatrique).

Gastronomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire / Ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable/PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (morphine, insuline)		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin :