

**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 (Arrêté du 13/04/2012)

RESERVE A L'ETABLISSEMENT



EHPAD Croix Rouge Russe A.O. - 34 avenue Caravadossi – 06000 NICE
Tél. 04.92.26.12.60 – Fax 04.93.53.41.10

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 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

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

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)

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

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 / SAD ¹ 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 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

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 personnes 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 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 SOUHAITE : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITE 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 certain établissement, 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.

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

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="text"/>	<input type="text"/>
Tabac	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sevrage	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si oui, préciser (localisation, etc...)	<input type="text"/>
Préciser la date du dernier prélèvement	<input type="text"/>

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON
Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE OUI NON

REEDUCATION OUI NON
Kinésithérapie
Orthophonie

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR LES PERSONNES AGÉES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C	SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAU		OUI	NON		
Transfert Déplacements					Idées délirantes					
	A l'intérieur				Hallucinations					
	A l'extérieur				Agitation, agressivité (cris...)					
Toilette	Haut				Dépression					
	Bas				Anxiété					
Elimination	Urinaire				Apathie					
	Fécale				Désinhibition					
Habillage	Haut				Comportements moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)					
	Moyen				Trouble du sommeil					
	Bas									
Alimentation	Se servir				SOINS TECHNIQUES	OUI	NON	APPAREILLAGES	OUI	NON
	Manger				Oxygénothérapie			Fauteuil roulant		
Orientation	Temps				Sondes d'alimentation			Lit médicalisé		
	Espace				Sondes trachéotomie			Matelas anti-escarre		
Communication pour alerter					Sonde urinaire			Déambulateur		
Cohérence					Gastrostomie			Orthèse		
PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON			Colostomie			Prothèse		
					Ulrétrostomie			Pace-maker		
Soins d'ulcère					Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI)			Autres (préciser)		
Soins d'escarres					Chambre implantable					
Localisation					Dialyse néritonéale					
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