



Ministère des affaires sociales et de la santé

**DOSSIER DE DEMANDE 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

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :**

- **PHOTOCOPIE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION**
- **PHOTOCOPIE DES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS**

**DEMANDE :**

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT ☐ DANS LES 6 MOIS ☐ ECHEANCE PLUS LOINTAINE ☐

TYPE D'HEBERGEMENT/ACCOMPAGNEMENT RECHERCHE :

HEBERGEMENT PERMANENT ☐ HEBERGEMENT TEMPORAIRE ☐

ACCUEIL COUPLE SOUHAITE OUI ☐ NON ☐

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DUREE SOUHAITEE DU SEJOUR POUR L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE: \_\_\_\_\_

**RESERVE A L'ETABLISSEMENT**

**DATE DE DEPOT :** .....

# DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 PAGES)

## 1. ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité :    Monsieur ☐    Madame ☐

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Date de naissance 

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

      Nationalité 

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

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) 

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

**CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION** (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

## 2. 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 <sup>(1)</sup>

Nom d'usage	
Nom de naissance	
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 

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

Autre personne à contacter<sup>(2)</sup>

Nom d'usage

Nom de naissance

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

### 3. PROTECTION JURIDIQUE

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI ☐ NON ☐ En cours ☐

Si oui, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Mandat de protection future ☐

**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL (TUTEUR DESIGNÉ)**

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

### 4. SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE A LA DATE DE LA DEMANDE :

Domicile ☐ Chez enfant/Proche ☐ Logement foyer ☐ EHPAD ☐ Hôpital ☐ SSIAD / SAD<sup>1</sup> ☐ 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 n'a pu être recueilli ? ☐

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

## 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom		
Prénom		
<b>ADRESSE</b>		
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 ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐

Caisse de retraite : \_\_\_\_\_

Aide sociale à l'hébergement	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Demande en cours <input type="checkbox"/>	Demande envisagée <input type="checkbox"/>
Allocation logement (APL/ALS)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Demande en cours <input type="checkbox"/>	Demande envisagée <input type="checkbox"/>
Allocation personnalisée à l'autonomie*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Demande en cours <input type="checkbox"/>	Demande envisagée <input type="checkbox"/>
Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

### COMMENTAIRES

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.*

# DOSSIER MEDICAL

**A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (2 PAGES)**

**DATE DE DEPOT : .....**

## PERSONNE CONCERNEE

Civilité :    Monsieur ☐        Madame ☐

**AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR**

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

## MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement ☐

Fin/Retour d'hospitalisation ☐

Maintien à domicile difficile ☐

Autres (*préciser*)

## COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom - Prénom

ADRESSE - N° Voie,  
rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Téléphone portable

## ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES

## PATHOLOGIES ACTUELLES

## TRAITEMENTS EN COURS – JOINDRE LES ORDONNANCES

Taille

Poids

Maigrissement récent

Oui

Non

## CONDUITES A RISQUE

Oui

Non

Alcool

Tabac

Sevrage

## FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

Oui

Non

## REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (*à préciser*)

Oui

Non

RISQUE DE CHUTE

Oui

Non

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

Oui

Non

SOINS PALLIATIFS

Oui

Non

ALLERGIES	Oui	Non	si oui, préciser

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE	Oui	Non	si oui, préciser
	Ne sait pas		

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A <sup>2</sup>	B <sup>3</sup>	C <sup>4</sup>
Transfert				
Déplacement	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	haut			
	bas			
Elimination	urinaire			
	fécale			
Habillage	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				
Comportement				

SOINS TECHNIQUE	Oui	Non
Oxygénothérapie		
continue		
Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		
Pompe (morphine, insuline, ...)		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		

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 (à préciser : pression négative, ...) :

COMMENTAIRES (MMS, évaluation gérontologique, ...) ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs, ...)

MEDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant) Nom – prénom  Adresse  N° de téléphone	SIGNATURE, DATE ET CACHET DU MEDECIN
---	--------------------------------------

<sup>2</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement  
<sup>3</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement  
<sup>4</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement