



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 :

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

N° Voie, rue, boulevard	
-------------------------	--

Code postal

Code postal	
-------------	--

Commune/Ville

Commune/Ville	
---------------	--

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

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

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 d'usage	
-------------	--

Nom de naissance

Nom de naissance	
------------------	--

Prénom(s)

Prénom(s)	
-----------	--

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

N° Voie, rue, boulevard	
-------------------------	--

Code postal

Code postal	
-------------	--

Commune/Ville

Commune/Ville	
---------------	--

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

Adresse email _____

4. SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE A LA DATE DE LA DEMANDE :

Domicile Chez enfant/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD / SAD¹ Accueil de jour

Autre (préciser)

Autre (préciser)	
------------------	--

Dans tous les cas préciser le nom
de l'établissement ou du service

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 ?

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

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom			
Prénom			
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 Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Caisse de retraite : _____

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours Demande envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours Demande envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours Demande envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

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.

ALLERGIES

Oui	Non	si oui, préciser
------------	------------	------------------

PORTAGE DE BACTERIE
MULTIRESISTANTE

Oui	Non	si oui, préciser
	Ne sait pas	date du dernier prélèvement

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

	Transfert	A ²	B ³	C ⁴
Déplacement	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	haut			
	bas			
Elimination	urinaire			
	fécale			
Habillement	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				
Comportement				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

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

APPAREILLAGES

Fauteuil roulant	Oui	Non
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace maker		
Autres (préciser)		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

Soins d'ulcère	Oui	Non
Soins d'escarres		

SOINS TECHNIQUE

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

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)

SIGNATURE, DATE ET CACHET DU MEDECIN

Nom – prénom

Adresse

N° de téléphone

² A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement³ B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement⁴ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement