

# DOSSIER DE DEMANDE D ADMISSION EN ETABLISSEMENT D HEBERGEMENT

## 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° de sécurité sociale :

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code postal  Commune / Ville

Téléphone fixe :  Téléphone portable

Adresse email :

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuv(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfants

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 :

## PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : Oui  Non

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

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## DEMANDE

Type d'hébergement / accompagnement recherché : Hébergement permanent  Hébergement temporaire

Accueil de jour 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  Accueil de jour

Dans tous les cas précisez 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

## COORDONNES 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

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

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## COORDONNES 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) :

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

### 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 SOUHAITEE :

IMMEDIAT

DANS 6 MOIS

ECHEANCE 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.

\* 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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI 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

## 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	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tabac	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sevrage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES Oui  Non

RISQUE DE FAUSSE ROUTE Oui  Non

REEDUCATION Oui  Non

Cécité Oui  Non

Kinésithérapie Oui  Non

Surdité Oui  Non

Orthophonie Oui  Non

Autres, préciser

**POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE*		A	B	C
Transfert				
Déplacements	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	haut			
	bas			
Élimination	urinaire			
	fécale			
Habillage	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
	Idées délirantes	
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportement moteur aberrant (dont déambulation pathologique...)		
troubles du sommeil		

\*A - fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

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

C - ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	Oui	Non
	Soins d'ulcère	
Soins d'escarres		
Localisation:		
Stade:		
Durée du soin:		
Type de pansement:		

SOINS TECHNIQUES	Oui	Non
	Oxygénothérapie	
sondes d'alimentation		
sonde trachéotomie		
sonde urinaire		
gastrostomie		
colostomie		
urétérostomie		
appareillage ventilatoire		
chambres implantables		
dialyse péritonéale		

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

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATION EVENTUELLES (contextes, 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