

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION EN EHPAD 43

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix. Ce dossier unique d'admission proposé sur le département de Haute Loire vise à simplifier les procédures d'admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) au bénéfice des personnes âgées et de leur famille, des médecins traitants, des médecins coordonnateurs et des structures d'accueil.

Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements auprès desquels la personne souhaite entrer.

Ce dossier comprend :

- un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social etc.)
- une fiche de renseignement sur le mandataire financier
- un volet nommé « dossier social »
- un volet « dossier médical » intégrant une grille d'évaluation de l'autonomie, renseigné daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, à mettre sous pli confidentiel comportant la mention "dossier médical" ainsi que votre nom. Le médecin coordonnateur exerçant dans l'établissement émettra un avis circonstancié 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 une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

Ce dossier, dont tous les items devront être renseignés afin de faciliter l'inscription éventuelle sur liste d'attente et la procédure éventuelle d'admission, doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes :

- ° le dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- ° les justificatifs des pensions.

Au moment de l'entrée en établissement, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires sera demandé – éléments détaillés au point 5 du dossier administratif.

NB : Pour tout renseignement complémentaire concernant une admission en EHPAD 43 (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie), il convient de contacter le conseil général du département de Haute Loire.

DOSSIER ADMINISTRATIF

Dossier de Pré-Admission en EHPAD 43

Liste des établissements où un dossier a été déposé :
.....

1 – IDENTITE DE LA PERSONNE :

Mme Mlle M.

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

N° de Téléphone :

@ :

Adresse Personnelle :

Lieu et séjour actuel :

Domicile

Hôpital

Maison de Retraite

Autre

Préciser coordonnées :

Nationalité :

.....

Date et lieu de naissance :

.....

Situation de famille :

Célibataire

Marié(e)

Vie maritale

PACS

Veuf(ve)

Divorcé(e)

Séparé(e)

Nombre d'enfants :

.....

Dernières professions exercées :

.....

Mesure de protection : Oui Non

En cours et lieu dépôt du dossier :

Si oui, laquelle ? Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Autre, préciser

Coordonnées du représentant légal :

- Nom, Prénom :

- Qualité :

- Adresse :

- N° de Tél. :

- Portable :

- Mail :

CONJOINT :

NOM et Prénom	Profession	Age	Téléphone	Adresse	Nombre d'enfants
.....
.....
.....
.....

Demande individuelle : OUI NON

Demande couple (remplir deux dossiers d'admission) : OUI NON

2 – RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

RAISONS MOTIVANT VOTRE DEMANDE D'ADMISSION :

- ⇒ Maintien à domicile devenu difficile
- ⇒ Isolement
- ⇒ Autres :

DATE SOUHAITEE D'ADMISSION :

Motif d'entrée :	La personne est-elle informée de la demande : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP*
Nom, Prénom, Qualité, Coordonnées de la personne réalisant la demande :	La personne est-elle consentante à la demande : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP*

*NSP : ne sait pas

Renseignements sur l'entourage :

Personnes à contacter			
1 <i>Référent</i>	Nom :	Adresse :	Tel. Domicile :
	Prénom :		Tel. Travail :
	Lien de parenté :		Portable :
			E-mail :
2	Nom :	Adresse :	Tel. Domicile :
	Prénom :		Tel. Travail :
	Lien de parenté :		Portable :
			E-mail :
3	Nom :	Adresse :	Tel. Domicile :
	Prénom :		Tel. Travail :
	Lien de parenté :		Portable :
			E-mail :

3 - PROTECTION SOCIALE

Assurances Maladie	Nom et adresse	N° d'immatriculation
Caisse d'assurance maladie
Mutuelle
Aide Personnalisée au Logement (APL)
Allocation Personnalisée Pour l'Autonomie (APA)

4 - RESSOURCES (pensions, retraites, allocations diverses)

Désignation de l'organisme	Montant Annuel
<input type="checkbox"/> Retraite Principale€
<input type="checkbox"/> Retraite Complémentaire€
<input type="checkbox"/> Pension d'Invalidité€
<input type="checkbox"/> Pension de Guerre€
<input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé€
<input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice tierce Personne (ACTP)€
<input type="checkbox"/> Allocation Logement€
<input type="checkbox"/> Rentes (Accident du travail ou autre)€
<input type="checkbox"/> Loyers€
<input type="checkbox"/> Viagers€
<input type="checkbox"/> Pensions Alimentaires€
<input type="checkbox"/> A.P.A€
<input type="checkbox"/> Prestation compensation du handicap€
<input type="checkbox"/> Autres ressources€

5- PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT à l'admission :

- Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance,
- Avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu,
- Taxe foncière sur les propriétés bâties ou non bâties,
- Notification des retraites ou pensions,
- Relevé d'identité bancaire ou postal,
- Carte vitale et attestation de droit organisme de prise en charge (sécurité sociale, MSA, autre),
- Carte Mutuelle,
- Attestation de responsabilité civile,
- Notification d'admission à l'aide sociale,
- Copie jugement si protection juridique.

Fait à, le

Nom, Prénom

Signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU MANDATAIRE FINANCIER

De la personne résidente ci-dessous :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

Coordonnées du mandataire financier :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

 Si changement en cours de séjour des coordonnées du mandataire financier, veuillez les inscrire ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Nom, Prénom et Signature

DOSSIER SOCIAL

FICHE INDIVIDUELLE DU RÉSIDENT

1 - ENTOURAGE AFFECTIF

CONJOINT :

NOM et Prénom	Profession	Age	Téléphone	Adresse	Nombre d'enfants
.....

ENFANTS :

NOM et Prénom	Profession	Age	Téléphone	Adresse	Nombre d'enfants
.....
.....
.....
.....

PARENTS, PROCHES :

NOM et Prénom	Profession	Adresse	Téléphone
.....
.....

Autres personnes :

.....
.....
.....
.....

2 - HISTOIRE DE VIE (situation familiale, métier, deuil, loisirs...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3 – SOUHAITS, ATTENTES ET AVERSIONS, autres informations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TAMPON EHPAD :

Dossier de demande d'admission en EHPAD Haute Loire
VOLET MEDICAL - CONFIDENTIEL

A JOINDRE AU DOSSIER D'ADMISSION, SOUS ENVELOPPE CACHETEE A L'ATTENTION
DU MEDECIN COORDONNATEUR

CADRE RESERVE AU MEDECIN COORDONNATEUR
DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Accord : OUI NON

Date : / /

Observations et orientations :

.....
.....
.....
.....

NOM du Médecin :

Signature :

Orientations :

EHPAD

CANTOU

UHR

PASA

Accueil de jour

Hébergement Temporaire

Autre :

A préciser :

3 - ANTECEDENTS

Antécédents médicaux et psychiatriques :

Dates

-
-
-
-

Antécédents chirurgicaux :

Dates

-
-
-
-

Allergies :

Dates

-
-
-
-

4 - PORTAGE ET LOCALISATION DE BMR

OUI

NON

NON RECHERCHE

Si oui localisation :

5 - TRAITEMENTS EN COURS, PRISES EN CHARGES ASSOCIEES et/ ou REEDUCATION(s)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6 - INFORMATIONS CLINIQUES

☞ Nutrition : - Poids : Stomie (type) Troubles de la déglutition
- Taille :

☞ Symptômes Psycho-comportementaux :

- idées délirantes hallucinations agitation, agressivité, cris...
 dépression anxiété apathie
 dés inhibition troubles du sommeil MMS
 comportement moteur aberrant (dont déambulation pathologique)
 troubles de la mémoire risque de fugue, déambulation

Autres :

☞ Déficits sensoriels :

- Visuel Auditif
Si oui : Appareillé(e) Non appareillé(e)
 Autres :

☞ Continence :

- Incontinence urinaire : permanente Incontinence fécale : permanente
 sonde à demeure occasionnelle
 Occasionnelle

☞ Soins techniques :

- Sondes à oxygène Sondes d'alimentation Sonde trachéotomie
 Sonde urinaire Gastrostomie colostomie
 Urétérostomie Appareillage ventilatoire Chambres implantables
 Dialyse péritonéale Autres :

☞ Pansements ou soins cutanés :

- Soins d'ulcère Soins d'escarres Autres :

Localisation :

Stade :

Durée du soin :

Type de pansement :

☞ Appareillages :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Lit médicalisé |
| <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres | <input type="checkbox"/> Orthèse | <input type="checkbox"/> Prothèse |
| <input type="checkbox"/> Pace-maker | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : | |

☞ Conduites à risque :

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Tabac | <input type="checkbox"/> Sevrage |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

Autres (préciser) :

.....

.....

☞ Vaccinations :

.....

.....

.....

.....

☞ CR radio pulmonaire de moins de 6 mois souhaité

7 - COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**A JOINDRE AU DOSSIER D'ADMISSION, SOUS ENVELOPPE CACHETEE A L'ATTENTION
DU MEDECIN COORDONNATEUR**

DOSSIER ETABLI PAR

NOM - Prénom :

Fonction :

Adresse :

A

Le

Cachet et signature :

Coordonnées du Médecin traitant :

(si différent du médecin qui a établi le dossier)

.....
.....
.....
.....
.....

Coordonnées des Médecins spécialistes :

.....
.....
.....
.....
.....

Nom Prénom :

Lieu d'évaluation :

GRILLE AGGIR

Activités réalisées par la personne seule

GIR :

		NE FAIT PAS	S	T	C	H	AUCUN adverbe Ne pose aucun problème	
1	Transferts	<input type="checkbox"/>	← Cocher la ou les cases concernées					
2	Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>						
3	Toilette							
	Haut	<input type="checkbox"/>						
	Bas	<input type="checkbox"/>						
4	Elimination							
	Urinaire	<input type="checkbox"/>						
	Fécale	<input type="checkbox"/>						
5	Habillage							
	Haut	<input type="checkbox"/>						
	Moyen	<input type="checkbox"/>						
	Bas	<input type="checkbox"/>						
6	Cuisine	<input type="checkbox"/>	SPONTANEMENT					
7	Alimentation							
	Se servir	<input type="checkbox"/>	TOTALEMENT					
	Manger	<input type="checkbox"/>	CORRECTEMENT					
8	Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	HABITUELLEMENT					
9	Ménage	<input type="checkbox"/>						
10	Alerter	<input type="checkbox"/>						
11	Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>						
12	Transports	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>						
13	Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>						
14	Achats	<input type="checkbox"/>						
15	Gestion	<input type="checkbox"/>						
16	Orientation							
	Dans le temps	<input type="checkbox"/>						
	Dans l'espace	<input type="checkbox"/>						
17	Cohérence							
	Communication	<input type="checkbox"/>						
	Comportement	<input type="checkbox"/>						

C - NE FAIT PAS : la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation est telle qu'il faille tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée il est inutile de cocher les 4 suivantes (S T C H)

A - AUCUN adverbe ne pose problème : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

B - S T C H : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas identifier 1 ou 2 ou 3 adverbes, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers.

Date :

Signature du Médecin :

Nom du Médecin :