



Enregistré le :

EHPAD Résidence du Bosc

42, rue Antoine Pech

81400 CARMAUX

Tél : 05.63.76.20.60

Fax : 05.63.76.20.62

Email : [accueil@residencedubosc.fr](mailto:accueil@residencedubosc.fr)

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION**

**EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT**

**POUR DES PERSONNES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

**A remplir par l'établissement :**

**Personne Concernée :**

Nom de naissance : .....

Nom marital : .....

**Demande :**  Hébergement permanent .....  Hébergement temporaire

GIR : .....

**Note du médecin coordinateur :**

**Note de la Direction :**

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

**La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.**

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)

° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.**

### **CE DOSSIER DOIT ÊTRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :**

- LIVRET DE FAMILLE ET CARTE D'IDENTITE,
- JUGEMENT DE MISE SOUS PROTECTION JUDICIAIRE (s'il y a lieu)
- DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE
- ATTESTATION DE MUTUELLE
- ATTESTATION DE NOTIFICATION DE L'APA
- ATTESTATION DE NOTIFICATION DE L'APL
- ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET RISQUE LOCATIF

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

**NB :** POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

# DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

## 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  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

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

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL (en cas de mesure de protection juridique)

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  ou Département

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code Postal  Commune/Ville

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

Adresse email

## PERSONNE DE CONFIANCE<sup>1</sup>

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 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<sup>2</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 éclairé n'a pu être accueilli

### 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 famille (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

<sup>1</sup> Personne désignée conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

<sup>2</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à la personne

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter (2)

**Nom de famille (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

**Avez-vous un kinésithérapeute**  Oui  Non

Si oui, Nom du Kinésithérapeute :

Adresse du Cabinet de Kinésithérapie :

Code Postal

Commune/Ville

Téléphone \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

### ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule

Avec l'aide de 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

### COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

IMMEDIAT

DANS LES 6 MOIS

ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE 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 l'établissement souhaité.



**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES 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'établissement       Maintien à domicile difficile

Autres (à préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITEMENT** (nom, prénom, adresse, téléphone) :

**ANTECEDANTS** 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

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

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**     Ne sais pas     OUI     NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**     OUI     NON

Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	------------------------------

**REEDUCATION**     OUI     NON

Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTS**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE*		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS SOUS CUTANES		OUI	NON
Soins d'ulcère			
Soins d'escarres			
Localisation			
Stade			
Durée du soin			
Type de pansement			

SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		OUI	NO
Idées délirantes			
Hallucinations			
Agitation, agressivité (cris...)			
Dépression			
Anxiété			
Apathie			
Désinhibition			
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)			
Troubles du sommeil			

SOINS TECHNIQUES		OUI	NON
Oxygénothérapie			
Sondes d'alimentation			
Sondes trachéotomie			
Sonde urinaire			
Gastrotomie			
Urétérostomie			
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)			
Chambre implantable			
Dialyse péritonéale			

APPAREILLAGES		OUI	NON
Fauteuil roulant			
Lit médicalisé			
Matelas anti-escarres			
Déambulateur			
Orthèse			
Prothèse			
Pace-maker			
Autres (préciser)			

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECT COGNITIFS, ...)**

\*A = Fait seul totalement, habituellement, correctement    B = Fait partiellement    C = Ne fait pas.

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)**

Nom  Prénom

**ADRESSE**

N° voie, rue, boulevard

Code Postal

Commune/Ville

Date

Signature

Cachet du médecin