

SAS SN. REAL
EHPAD Sainte - Devote

Madame, Monsieur,

Nous vous adressons tous les documents d'informations relatifs à notre Résidence.

Pour toute inscription, vous devez constituer le dossier de pré-admission comprenant quelques renseignements administratifs et un questionnaire médical à remplir par votre médecin traitant.

DOSSIER ADMINISTRATIF ET QUESTIONNAIRE MEDICAL A NOUS RETOURNER

Vous êtes invité ainsi que votre famille, si vous le souhaitez, à visiter notre Résidence après avoir pris rendez-vous auprès de notre secrétaire au 04 95 30 06 00.

La pré-admission (inscription sur liste d'attente) est prononcée par la direction et le médecin coordonnateur après retour du dossier de pré-admission complet. Une visite avec un neuro psychologue peut être demandé pour avis complémentaire.

L'ensemble de cette procédure permet de vérifier que les moyens et les objectifs de l'Etablissement sont adaptés à l'accueil du futur résident.

Vous serez tenu informé du suivi de votre dossier tout au long de la procédure d'admission.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre Résidence et vous prions d'accepter, Madame, Monsieur, l'assurance de nos sentiments distingués.

La Direction.

SAS SN. REAL
E.H.P.A.D. Ste Devote
20290 BORGIO
Tél. 04 95 30 06 00
Fax 04 95 38 39 03



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale



N° 14732*01

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

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

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

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

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

CE DOSSIER ADMINISTRATIF 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 COORDINATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU D'UN NIVEAU DE LA MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

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

CE DOSSIER DOIT ÊTRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

1. LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION.
2. DERNIERE DECLARATION D'IMPOTS.
3. LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.
4. COPIE LISIBLE DU LIVRET DE FAMILLE OU DE L'EXTRAIT DE NAISSANCE ET LA CARTE D'IDENTITE CERTIFIEES CONFORMES PAR VOUS-MÊME AVEC VOTRE SIGNATURE.
5. SECURITE SOCIALE : CARTE VITALE AVEC ATTESTATION.
6. COPIE CARTE DE MUTUELLE.
7. PHOTOCOPIE NOTIFICATION DE DECISION D'AIDE SOCIALE OU RECIPICE DE DEMANDE.
8. COPIE NOTIFICATION D'ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE.
9. RELEVES ANNUELS DES CAISSES DE RETRAITE.
10. MONTANT MENSUEL DES RESSOURCES.
11. JUSTIFICATIF D'ADHESION A RESPONSABILITE CIVILE.
12. ADRESSE ET TELEPHONE DES ENFANTS OU DES MEMBRES DE LA FAMILLE.
13. ADRESSE D'ENVOI DE LA FACTURATION.
14. R.I.B.
15. DEMANDER AU MEDECIN TRAITANT LE FEUILLET DOUBLE DU PROTOCOLE DE SOIN (100%).

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONFACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

SECTEUR:

NOM :

PRENOM :

PIECES A FOURNIR

CARTE D'IDENTITE	....
LIVRET DE FAMILLE	....
CARTE VITALE	....
ATTESTATION SECURITE SOCIALE A JOUR	....
CARTE MUTUELLE	....
AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION Impot 2015/2014 - Impot 2014/2013 Impot 2013/2012	....
TAXE FONCIERE	....
4 derniers relevés bancaires avec le versement des pensions stabilisé.	....
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	....
R.I.B.	....
DEPOT DE GARANTIE de 2000€	....
ADRESSE ET NUMERO DE TEL DE LA FAMILLE OU AMIS	....
ADRESSE D'ENVOI DE LA FACTURATION	....

Etiquettes : 14€ les 100 étiquettes Commandées

Couturière : 50€ les 100 étiquettes cousues

Linge lavé par : l'ETHAD ou la famille.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays 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 Mandat de protection future

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

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 _____

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

SI OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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

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 / SAD¹ 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 recueilli

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 du 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

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

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 du 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

--

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 LES 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 DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du 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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE <input type="checkbox"/> NE SAIT <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Alcool		Si oui, préciser (localisation, etc.) Préciser la date du dernier prélèvement
Tabac		
Sevrage		

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RISQUE DE FAUSSE ROUTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	REEDUCATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Cécité		Kinésithérapie	
Surdité		Orthophonie	
Autre (préciser)			<input type="text"/>

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

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				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnés...)		
Troubles du sommeil		

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		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
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, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDICIN 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

TROUSSEAU MINIMUM

Vêtements et sous-vêtements personnels :

- 1 manteau
- 1 imperméable ou veste
- 2 paires de chaussons
- chaussures d'hiver et chaussures d'été
- 3 vestes de laine ou gilets ou polaires

- 6 tenues complètes :
 - . robes – jupes – pantalons
 - . pulls
 - . chemisiers
 - . chemises

- 7 sous-vêtements :
 - . combinaisons
 - . culottes ou slips
 - . chemises de corps

- Collants ou chaussettes ou bas

- 6 chemises de nuit ou 6 pyjamas (pour personne autonome)

- mouchoirs

Nécessaire de toilette à renouveler régulièrement :

- . trousse de toilette
- . brosse à cheveux
- . peigne

**LE LINGE DOIT ETRE MARQUE AU NOM ENTIER ET PRENOM AVEC DES ETIQUETTES COUSUES.
TOUT LINGÉ NON IDENTIFIÉ SERA MARQUE PAR L'ETABLISSEMENT ET VOUS SERA REFACTURE ;
L'ETABLISSEMENT NE PREND PAS EN CHARGE LE NETTOYAGE A SEC.**

UN INVENTAIRE SERA FAIT A L'ENTREE DU RESIDENT.

Nous fournissons : draps, serviettes de toilette, gants de toilette.