



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 :**

**DATE DE DEPOT :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**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**

# DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 PAGES)

## 1. ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité :    Monsieur             Madame

Nom d'usage   
Nom de naissance   
Prénom(s)

Date de naissance                              Nationalité

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)

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

## 2. 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<sup>(1)</sup>

Nom d'usage   
Nom de naissance   
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

Autre personne à contacter<sup>(2)</sup>

Nom d'usage

Nom de naissance

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 

--

**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 de naissance

Prénom(s)


**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/Ville

--

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

Adresse email \_\_\_\_\_

**4. SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE A LA DATE DE LA DEMANDE :**

Domicile     Chez enfant/Proche     Logement foyer     EHPAD     Hôpital     SSIAD / SAD<sup>1</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

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

## 6. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom   
Prénom

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code       Commune/Ville

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

Adresse email

## 7. 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

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

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

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.*

# DOSSIER MEDICAL A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

(2 PAGES)

## PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

## MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

## COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom - Prénom

ADRESSE - N° Voie,

rue, boulevard

Code

Commune/Ville

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

## ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES

## PATHOLOGIES ACTUELLES

## TRAITEMENTS EN COURS – JOINDRE LES ORDONNANCES

Taille

Poids

Maigrissement récent

Oui

Non

## CONDUITES A RISQUE

Alcool

Tabac

Sevrage

Oui

Non

## FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

Oui

Non

## REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (à préciser)

Oui

Non

RISQUE DE CHUTE

Oui

Non

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

Oui

Non

SOINS PALLIATIFS

Oui

Non

ALLERGIES	Oui	Non	<i>si oui, préciser</i>
PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE	Oui	Non	<i>si oui, préciser</i>
	Ne sait pas		
	<i>date du dernier prélèvement</i>		

**DONNEES SUR L'AUTONOMIE**

		A <sup>2</sup>	B <sup>3</sup>	C <sup>4</sup>
<b>Transfert</b>				
<b>Déplacement</b>	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
<b>Toilette</b>	haut			
	bas			
<b>Elimination</b>	urinaire			
	fécale			
<b>Habillage</b>	haut			
	moyen			
	bas			
<b>Alimentation</b>	se servir			
	manger			
<b>Orientation</b>	temps			
	espace			
<b>Communication pour alerter</b>				
<b>Cohérence</b>				
<b>Comportement</b>				
<b>A compléter ???</b>				

**SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

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

**APPAREILLAGES**

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

**SOINS TECHNIQUE**

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

**PANSEMENTS OU SOINS CUTANES**

	Oui	Non
<b>Soins d'ulcère</b>		
<b>Soins d'escarres</b>		

<b>Localisation :</b>
<b>Stade :</b>
<b>Durée du soin :</b>
<b>Type de pansement (à préciser : pression négative, ...) :</b>

**COMMENTAIRES (MMS, évaluation gérontologique, ...) ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs, ...)**

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

**Nom – prénom**  
**adresse**  
**N° de téléphone**

**SIGNATURE, DATE ET CACHET DU MEDECIN**

<sup>2</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

<sup>3</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

<sup>4</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement