



EHPAD
La Belle Verrière
18 Rue Tuilerie
10 310 BAYEL

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° d'immatriculation

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune / Ville

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse mail _____

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 (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 ou département _____

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune / Ville _____

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse mail _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée _____

**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 naissance (Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance Pays ou département

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune / Ville

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse mail _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement : Permanent
Couple
Accueil de jour

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez enfant/proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD/SAD 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

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 mail _____

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 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 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.*

Traitement en cours ou joindre les ordonnances (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

--

Soins palliatifs OUI NON Allergies OUI NON Si oui, préciser

--

Conduites à risque

OUI NON

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Portage de bactérie multi résistante OUI NON Ne sait

--	--	--

Si oui préciser la localisation :

--

Taille **cm**

--

Poids **kg**

--

Fonctions sensorielles

OUI NON

Cécité		
Surdité		

Risque de fausse route

OUI NON

--	--	--

Rééducation

OUI NON

Kinésithérapie		
Orthophonie		

Autre (préciser) :

--

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

A : fait seul

B : fait avec aide

C : ne fait pas

Données sur l'autonomie

	A	B	C
Transfert			
Déplacements intérieurs			
Déplacements extérieurs			
Toilette - Haut			
Toilette - Bas			
Elimination - Urinaire			
Elimination - Fécale			
Habillage - Haut			
Habillage - Moyen			
Habillage - Bas			
Alimentation - Se servir			
Alimentation - Manger			
Orientation - Temps			
Orientation - Espace			
Communication pour alerter			
Cohérence			

Symptômes psycho-comportementaux

OUI NON

Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants		
Troubles du sommeil		

Soins techniques

OUI NON

Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastronomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

Pansements ou soins cutanés

OUI NON

Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

Appareillages

OUI NON

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

Commentaires et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, ...)

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