



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 :**

- UNE PHOTO D'IDENTITE
- PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE OU DE LA CARTE D'IDENTITE
- PHOTOCOPIE DE LA CARTE MUTUELLE
- PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION SECURITE SOCIALE
- 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 DE JOUR

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

## 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom   
Prénom

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code       Commune/Ville

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

Adresse email

## 6. 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

--

Amairissement récent

Oui

Non

## CONDUITES A RISQUE

Alcool

Tabac

Sevrage

Oui	Non

## FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

Oui	Non

## REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (*  préciser*)

Oui	Non

-----

RISQUE DE CHUTE 

Oui	Non
-----	-----

 RISQUE DE FAUSSE ROUTE 

Oui	Non
-----	-----

 SOINS PALLIATIFS 

Oui	Non
-----	-----

ALLERGIES 

Oui	Non
-----	-----

*si oui, préciser*

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE 

Oui	Non
Ne sait pas	

*si oui, préciser*  
*date du dernier prélèvement*

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>Autres :</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