

E.H.P.A.D. André BLANC

23 A, Avenue Pierre Renaudel

83390 PIERREFEU DU VAR

Tél. : 04 94 00 06 20 - Fax : 04 94 00 06 93

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

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

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

LA PERSONNE SOLLICITANT UNE ENTREE EN EHPAD DOIT ADRESSER UN DOSSIER AUX ETABLISSEMENTS DE SON CHOIX.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENT 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.)

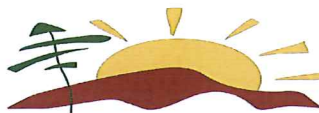
☞ UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION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

IL DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNE DES PHOTOCOPIES DES PIECES JUSTIFICATIVES DONT VOUS TROUVEREZ LA LISTE SUR LA PAGE SUIVANTE AINSI QUE LA DERNIERE ORDONNANCE DE TRAITEMENT EN COURS.

▲ SANS CES DOCUMENTS, LE DOSSIER NE SERA NI VISE NI PRIS EN COMPTE PAR L'ETABLISSEMENT.

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



EHPAD ANDRE BLANC

LISTE DES PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR

(En photocopies)

- ✓ Livret de Famille et Carte Nationale d'Identité
- ✓ Attestation de Sécurité Sociale
- ✓ Carte Mutuelle
- ✓ Carte Vitale, attestation CPAM, si ALD attestation
- ✓ Avis d'imposition ou de non-imposition
- ✓ Déclarations fiscales annuelles des retraites
- ✓ Notification APA, d'aide sociale et caisse d'allocations familiales si existantes
- ✓ 3 derniers relevés bancaires (3 derniers mois consécutifs)
- ✓ Convention Obsèques, si existante
- ✓ Adresse et téléphones des personnes à prévenir
- ✓ Désignation du référent familial
- ✓ Désignation de la personne de confiance
- ✓ Jugement de mise sous protection juridique, si existant
- ✓ L'engagement de payer signé et rempli (*document remis au moment de la demande du dossier d'admission*).

Merci.

E.H.P.A.D. André BLANC

23 A, avenue Pierre Renaudel - 83390 PIERREFEU DU VAR

Tél : 04.94.00.06.20 - Fax:04.94.00.06.99

Mail : secretariat.andreblanc@gmail.com

Mail : administration@ehpad-pierrefeu.fr

Doc/administration/version V1

Février 2019

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'ÉTABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- ° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILEE 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'ÉTABLISSEMENT D'ÉMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITÉ DE L'EHPAD À PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ÉTABLISSEMENT.

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

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

- ° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIÈCES JUSTIFICATIVES COMPLÉMENTAIRES SERA DEMANDÉ.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE (HABILITATION À L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ÉTABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE À L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GÉNÉRAL DE VÔTRE DÉPARTEMENT. SI L'ÉTABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DÉPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GÉNÉRAL DE CE DÉPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE**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 email

SITUATION FAMILIALECélibataire ☐Vit maritalement ☐Pacsé(e) ☐Marié(e) ☐Veuf (ve) ☐Séparé(e) ☐Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUEOUI ☐ 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 naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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'ÉTABLISSEMENT (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

(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 _____

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 ☐

COORDONNÉES 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 contacter¹⁾

Nom de naissance

(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 _____

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 naissance

(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

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 CONCERNEECivilité : Monsieur ☐ Madame ☐Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDEChangement 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 ☐ ☐ ALLERGIES ☐ ☐ Si oui, préciser**CONDUITES A RISQUE**☐ ☐**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE**

NE S'Y

PAS

☐☐

Alcool

Tabac

Sevrage

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES☐ ☐

Cécité

☐ ☐

Surdité

☐ ☐**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**☐ ☐**REEDUCATION**☐ ☐

Kinésithérapie

☐ ☐

Orthophonie

☐ ☐

Autre (préciser)

**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				

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

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idees 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		
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, ...)

MEDECIN 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