

PERSONNE RÉFÉRENTE désignée par l'intéressé(e) (pouvant être contactée si besoin) :

- Mme/Mlle/M. : NOM : Prénom :
- Adresse complète :
CP..... Commune.....
- Téléphone :
- Lien avec le demandeur :

AVEZ FAIT DES DEMANDES dans d'autres établissements ? : Oui Non

- Si oui, le(s)quel(s) ? : NOM de(s) l'établissement(s) :
- 1 -
 - 2 -
 - 3 -
 - 4 -
 - 5 -

RÉGIME SOCIAL:

- Caisse de retraite 1 :
- Adresse :
CP.....Commune.....
- Caisse de retraite 2 :
- Adresse :
CP.....Commune.....
- Caisse de retraite 3 :
- Adresse :
CP.....Commune.....

MESURE de PROTECTION :

Tutelle Curatelle Aucune

Le cas échéant, préciser coordonnées du tuteur ou curateur :

- Adresse :
CP.....Commune.....
- Téléphone :
- Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA) :
Bénéficiez-vous de cette allocation ou d'une aide à domicile ? Oui Non
- Envisagez-vous une visite de l'établissement ? : Oui Non

HABITUDES DE VIE

Mme/Mlle/M. **NOM** : **Prénom** :
NOM de jeune fille :

Date et lieu de naissance :/...../..... à

Adresse personnelle :
CP..... Commune.....

• Vous avez des enfants : **Nom Prénom** :
Où les contacter :

Nom Prénom :
Où les contacter :

Nom Prénom :
Où les contacter :

Nom Prénom :
Où les contacter :

• Autres famille ou ami(e)s : **Nom Prénom** (et lien):
Où les contacter :

Nom Prénom (et lien):
Où les contacter :

• Association(s) ou club(s) fréquentés :
.....

• Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) antérieurement :
.....

• Souhaitez-vous être accompagné par un animal de compagnie : Oui Non
Si oui, lequel ? :(selon avis du Conseil de la Vie Sociale)

• Pratiquez-vous un culte (facultatif) :
Lequel ? :
.....

• Vos goûts, vos passions, vos aptitudes (activités manuelles, culturelles, sportives) :
.....
.....
.....

DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

-  Photocopie attestation Carte Vitale
-  Photocopie carte d'identité ou livret de famille
-  Photocopie notification ADPA (le cas échéant)
-  Photocopie dernier avis d'imposition ou non imposition (facultatif)

Je soussigné(e), agissant en

mon nom propre ma qualité de représentant de.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

A..... le..... **Signature**

**DEMANDE D'ADMISSION
ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES**

DOSSIER MÉDICAL

Ce dossier doit être rempli par votre médecin traitant

Date réception dossier (réservé administration) :/...../.....

Demande examinée par la Commission d'admission le :/...../.....

Avis favorable
Avis défavorable

Cadre réservé à l'administration

Mme/Mlle/M. **NOM :** **Prénom**

NOM de jeune fille :

Date et lieu de naissance :/...../..... à

- Personne de confiance : Nom Prénom :
Adresse personnelle :
CP.....Commune.....

Téléphone :

Lien de parenté :

- Situation actuelle de la personne :

A domicile Soutien familial :
Dans la famille Aides extérieures :
En foyer-logement Portage de repas :
Dans un EHPAD Présence permanente nécessaire :
Hospitalisée
Service :

- Motif de la demande :

Demande urgente avec impossibilité de maintenir une prise en charge adaptée : Oui
Non

Sortie d'hôpital avec impossibilité de retour à domicile délai souhaité :
Aggravation de l'état de dépendance

- Hébergement souhaité : définitif unité protégée
temporaire accueil de jour* dates souhaitées :/...../.....
(*selon les établissements)

- Qui déclenche la demande ? : la personne elle-même la famille
les services sociaux le médecin traitant
autre(s)

La personne est-elle informée : Oui Non La personne est-elle d'accord : Oui Non

AUTONOMIE ACTUELLE – GRILLE AGGIR

A = fait seul totalement, habituellement, correctement
 B = fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C = ne fait pas – aide complète

A / B / C

COHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : orientation dans le temps, les moments de la journée, les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	haut du corps	
	bas du corps	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	haut	
	milieu	
	bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	se servir	
	manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	continence urinaire	
	continence anale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENTS à l'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENTS à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION à DISTANCE : utilise les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme...)		
GIR		

ALIMENTATION : régime particulier mixé
INCONTINENCE : protection de jour protection de nuit sonde gastronomique
DÉPLACEMENTS : aide humaine canne / déambulateur
 périmètre de marche :

ÉTAT NEUROPSYCHIQUE :

	sévère ↓	modéré ↓	NON ↓	
État dépressif				
Troubles de la mémoire				MMS : / 30 le :/...../.....
Désorientation temporo spatiale				
Délire – hallucinations				
Agressivité / cris				
Déambulation				
Agitation nocturne				
Déficience intellectuelle				

Risque de fugue : Oui Non

ORGANES DES SENS :

	Bon	Mauvais	
VUE			Lunettes / prothèse
AUDITION			Appareil auditif : gauche <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/>
DENTITION			Appareil haut <input type="checkbox"/> Appareil bas <input type="checkbox"/>

EXAMEN MÉDICAL

ANTÉCÉDENTS médicaux et chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....

HISTOIRE MÉDICALE RÉCENTE et/ou DIAGNOSTIC PRINCIPAL motivant le demande :

.....
.....
.....

- Allergie(s) :
- Vaccinations acceptées (dates) :/...../..... DTP :/...../.....
refusées grippe :/...../.....
pneumo 23 :/...../.....
- BMR : Oui Non
- Date de prélèvement :/...../.....
Portage simple / infection / localisation (à préciser) :
- Poids :kgs

Fonction cardiaque et vasculaire

Bas Bande de contention Pace maker

.....
.....

Appareil respiratoire

Oxygénothérapie Ventilation : invasive Radiographie pulmonaire
 non invasive
durée :

.....
.....

Appareil ostéoarticulaire

Risque de chute(s) : Oui Non
Trouble(s) de l'équilibre : Oui Non

.....
.....

Appareil neurologique

.....
.....

Fonction et sphère digestive (troubles de la déglutition, du transit, hépatiques, pancréatiques)

.....
.....

Appareil uro-génital

Insuffisance rénale : Oui Non

.....
.....

Troubles métaboliques

Diabète : type 1 type 2 insulinoquant :

.....
.....

État cutané (Escarres, ulcères.....)

Préciser la localisation :

Traitement actuel : Tolérance:

Soins en cours / à prévoir :

Rééducation en cours / à prévoir :

Pour une entrée en EHPAD merci de préciser le nom du médecin traitant habituel :
(ce n'est pas nécessaire pour une entrée en milieu hospitalier)

Docteur

Pourra-t-il continuer à suivre la personne dans l'établissement ? Oui
Non

Date :/...../..... Nom et qualité du médecin signataire :
Signature :