



N° 14732*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ACCUEIL DE JOUR
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD ou Accueil De Jour 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'ETABLISSEMENTS 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 EXERCANT 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.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

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

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

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE). IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

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 email :

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 email :

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 email : _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée : _____

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent Hébergement temporaire Accueil De Jour
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 (précisez) :

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⁽¹⁾

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 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 contacter²

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 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

ADRESSE DE FACTURATION : _____

COMMENTAIRES :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat Dans les 6 mois Echéance 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 ACCUEIL DE JOUR
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOSSIER MEDICAL A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ET A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance :

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) :

Date de naissance ____ / ____ / ____

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement 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 OUI NON **ALLERGIES** OUI NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

| | | |
|-------------------|-----|-----|
| NE SAIT PAS | OUI | NON |
|-------------------|-----|-----|

| | |
|-----|-----|
| OUI | NON |
|-----|-----|

| | |
|---|--|
| Si oui, préciser (localisation, etc.) | |
| Préciser la date du dernier prélèvement | |

| | | |
|---------|--|--|
| Alcool | | |
| Tabac | | |
| Sevrage | | |

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI NON

Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION

OUI NON

Kinésithérapie
Orthophonie

Autre (préciser) :

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ACCUEIL DE JOUR
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOSSIER 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 | | | | |

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

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

**PANSEMENTS OU
SOINS CUTANES**

| | OUI | NON |
|-------------------|-----|-----|
| Soins d'ulcère | | |
| Soins d'escarres | | |
| Localisation | | |
| Stade | | |
| Durée du soin | | |
| Type de pansement | | |

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**