



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

« Résidence de La Baïse » à GALAN

Article D.312-155-1 du code de l'action sociale et des familles

Réservé à l'établissement

Avis du Médecin pour admission : favorable défavorable

Avis du Directeur pour admission : favorable défavorable



DOSSIER ADMINISTRATIF

ÉTAT 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

Numéro 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 (événement familial récent, décès du conjoint ...) :

ÉTAT 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



DOSSIER ADMINISTRATIF

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si **NON** : motif : sous tutelle
 non applicable : troubles cognitifs

Si **OUI**

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 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

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est 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 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



DOSSIER ADMINISTRATIF

COORDONNES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

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 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

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

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS MEDICAUX, 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

CONDUITE A RISQUE

OUI

NON

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE
MULTIRESISTANTE

NE SAIT
PAS

OUI

NON

Si oui, préciser (localisation, etc)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS
SENSORIELLES

OUI

NON

Cécité		
Surdité		

RISQUE DE
FAUSSE ROUTE

OUI

NON

REEDUCATION

OUI

NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autres (préciser)



DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

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 (<i>cris ...</i>)		
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'escarre		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (<i>préciser</i>)		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

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