



**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/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

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

<sup>1</sup> 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

	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

	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

RISQUE DE  
FAUSSE ROUTE

OUI

NON

--	--	--

REEDUCATION

OUI

NON

	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