



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 ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT



Le présent document d'admission comporte des annexes :

- La notice de renseignements présentant l'EHPAD MGEN de Saint Cyr sur mer
- L'histoire de vie du résident
- Le trousseau de résident
- Les instructions en cas de décès
- L'engagement de paiement.

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'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 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.

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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 (événement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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'ETABLISSEMENT (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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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.



ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Pour une meilleure prise en charge de la personne accueillie, le formulaire engagement de paiement permet d'identifier le référent en charge du règlement des factures qui peut être le résident, son représentant légal ou un ou plusieurs membres de sa famille.

- **IDENTITE DE LA PERSONNE A ACCUEILLIR**

Nom : Prénom :

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

(à compléter par le futur résident ou son signataire)

Je soussigné :

m'engage à verser les frais accessoires pour mon séjour. Le cas échéant, j'habilite :

Nom – Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone : Portable :

à régler les problèmes financiers.

Fait à : Signature

😊 Autres informations utiles que vous souhaitez apporter.



INSTRUCTION EN CAS DE DECES

Pour une meilleure prise en charge de la personne accueillie, la connaissance d'une partie de son histoire de vie permet de prendre en compte son environnement personnel et de respecter au mieux ses habitudes de vie. Comme chaque histoire de vie est unique, mieux vous connaître c'est vous apporter un accompagnement personnalisé dès votre entrée dans notre établissement. Le formulaire instruction en cas de décès permet de respecter les dernières volontés du résident et de sa famille.

• IDENTITE DE LA PERSONNE A ACCUEILLIR

Nom : Prénom :

Instructions en cas de décès

Avez-vous fait don de votre corps à la science ? oui non

Dans l'affirmative :

Faculté :

Numéro d'inscription : (photocopie de votre dossier)

Avez-vous pris des dispositions testamentaires ? oui non

Dans l'affirmative :

Avez-vous déposé le testament chez un notaire ? oui non

Dans l'affirmative :

Nom du notaire :

Adresse :

Avez-vous pris un contrat d'obsèques ? oui non

Dans l'affirmative :

Coordonnées de l'organisme funéraire :

Remarques diverses

Lieu des obsèques :

Si crémation, lieu de dispersion des cendres :

Vous pouvez à tout moment nous adresser les informations utiles au bien être du résident

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives la concernant. Sauf opposition expresse de votre part, elles peuvent être transmises aux partenaires de la MGEN dans le cadre d'actions pouvant vous intéresser.



Autres informations utiles que vous souhaitez apporter.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 OUI NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

NE SAIT
 PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

 OUI NON

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre *(préciser)*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	

**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				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées 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		

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		
Gastrostomie		
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



HISTOIRE DE VIE

Pour une meilleure prise en charge de la personne accueillie, la connaissance d'une partie de son histoire de vie permet de prendre en compte son environnement personnel et de respecter au mieux ses habitudes de vie. Comme chaque histoire de vie est unique, mieux vous connaître c'est vous apporter un accompagnement personnalisé dès votre entrée dans notre établissement.

• IDENTITE DE LA PERSONNE A ACCUEILLIR

Nom : Prénom :

Date de naissance :Lieu de naissance :

Lieu d'hébergement actuel :

Si aide à l'écriture de l'histoire de vie

IDENTITE DE LA PERSONNE qui aide à remplir le document histoire de vie

Nom : Prénom :lien de parenté.

Nom : Prénom :soutien amical/autre.

• VOTRE CONTEXTE DE VIE

😊 Vie du résident :

- Votre Profession avant la retraite :
- Votre Lieu de vie actuel : Domicile – Famille – Institution – Hôpital
- Votre Habitat : Appartement – Maison individuelle – maison avec jardin
 En couple – Seul(e) - Vit en famille – Aide de l'entourage

😊 Vos Habitudes de vie :

- o Heure de lever :
- o Heure de coucher :
- o Sieste : Oui – Non
- o S'occupe-t-il / elle de la maison ? : Oui – Non
- o Gère-t-il / elle son argent ? : Oui – Non
- o Gère-t-il / elle ses papiers ? : Oui – Non
- o Gère t'il / elle ses médicaments ? Oui – Non
- o Se déplace-t-il / elle à l'extérieur ? Oui – Non - Seul(e) - Accompagné(e)

😊 Vos Habitudes alimentaires :

- o Ce que vous aimez :
.....
.....
.....
- o Ce que vous n'aimez pas :
.....
.....

RIESD 004.1

EHPAD MGEN - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes de SAINT CYR SUR MER -Téléphone 04 94 26 78 00
M.G.E.N Action Sanitaire et Sociale, N° 441 921 913, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité



HISTOIRE DE VIE

o Vos Loisirs et Activités :

- Activités encore pratiquées :

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

- Activités abandonnées :

.....
.....

😊 Les Eléments de votre personnalité :

- réservée
- Conviviale
- Communicative

😊 Instructions particulières à suivre :

👉 culte :

👉 personne à contacter Jour - Nuit :

Nom et Prénom.....Lien :.....

Tel Maison :Tel Bureau :Portable :

Email :

👉 personne à contacter Jour - Nuit :

Nom et Prénom.....Lien :.....

Tel Maison :Tel Bureau :Portable :

Email :

😊 Autres informations utiles que vous souhaitez apporter.

📌 Vous pouvez à tout moment nous adresser les informations utiles au bien être du résident

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives la concernant. Sauf opposition expresse de votre part, elles peuvent être transmises aux partenaires de la MGEN dans le cadre d'actions pouvant vous intéresser.



TROUSSEAU DU RESIDENT 2015

Préambule

- ☺ Nous fournissons le linge de table et de toilette.
- ☺ Votre trousseau doit être constitué en fonction des **recommandations** en page 2.
- ☺ Le linge, **propre et en bon état**, sera marqué gratuitement par procédé thermo technique dès votre arrivée, et lors d'un nouvel apport (achat, cadeau...), que vous signalerez aux aides-soignantes de votre service.
- ☺ L'état du trousseau doit être **vérifié régulièrement**, et remis à jour si nécessaire.
- ☺ Le service lingerie **ne prend pas en charge** les **textiles fragiles** type THERMOLACTYL, pure laine ou soie.



Attention : si par erreur, des vêtements fragiles ou du linge non marqué (et non signalé comme tel) partaient dans le circuit de notre service lingerie, **l'établissement décline toute responsabilité pour un dommage ou une perte éventuelle.**

☞ En cas de doute, et pour toute question concernant votre linge, vous pouvez vous adresser directement au Référent linge de votre service qui se rapprochera du Responsable de la lingerie de l'établissement.

Nous vous souhaitons un agréable séjour...

Constitution du trousseau : recommandations

⇒ A adapter suivant les saisons, les besoins et habitudes du résident

<u>Sous-vêtements et vêtements de nuit :</u>	
7 Culottes ou slips en coton	8 Pyjamas / ou chemises de nuit (4 été / 4 hiver)
7 Maillots de corps	<u>Ou</u> 8 Baby Gros (pour personne non autonome)
3 Combinaisons	2 Robes de chambre
4 Soutiens-gorge en coton	2 Paires de chaussons
7 Paires de chaussettes (ou mi-bas/collants)	
<u>Tenues complètes</u>	
<u>Pour les dames :</u>	<u>Pour les hommes :</u>
5 à 7 Robes ou jupes	7 Pantalons (dont 2 joggings)
5 à 7 Pantalons (dont 2 avec élastique)	1 Ceinture
1 Ceinture	10 Chemises (5 été / 5 hiver)
4 Chemisiers (4 été / 4 hiver)	3 Sweats ou pulls
3 Sweats ou pulls	4 Gilets ou polaires
4 Gilets ou polaires	4 Paires de chaussures (2 été / 2 hiver)
4 Paires de chaussures (2 été / 2 hiver)	1 Manteau
1 Manteau	1 Imperméable ou 1 veste
1 Imperméable ou 1 veste	1 Chapeau ou casquette
1 Chapeau ou casquette	
<u>Nécessaire de toilette à renouveler régulièrement</u>	
10 gants de toilette	Eau de toilette
Trousse de toilette	Lait pour le corps / crème hydratante
Brosse à dents	Savon (hypoallergénique de préférence)
Dentifrice	Shampooing
Produit pour appareil dentaire	Mousse à raser
Coton démaquillant	Déodorant (à bille de préférence)
<u>Divers</u>	
Brosse à cheveux / peigne	Etui à lunette
Verre à dents	Rasoir électrique ou jetable
Boite à dentier	Thermomètre
Porte appareil auditif	Pince coupe-ongle
<u>😊 A penser : pour faciliter votre séjour</u>	
1 petite couverture type plaid 	1 sac polochon 
1 chausse pied (long de préférence)	1 multiprise