

// VOLET ADMINISTRATIF

Trois pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin

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 FAMILIALECélibataire 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****À NE REMPLIR QUE SI VOUS ÊTES SOUS TUTELLE,
CURATELLE, MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**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**À NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DÉSIGNÉ PAR ÉCRIT UNE PERSONNE
DE CONFIANCE (article L.1111-6 du Code de la santé publique)**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

DEMANDEType 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 serviceLa 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

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

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.

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.



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

**// VOLET MÉDICAL en cas de demande de pré-inscription en EHPAD ou USLD,
deux pages à remplir par votre médecin et à mettre sous pli confidentiel**

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) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

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 MULTIRESSISTANTE

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 OUI NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

REEDUCATION OUI NON

Cécité

OUI NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Surdité

Autre (préciser)



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	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Déplacements	Haut			
	Bas			
Toilette	Urinaire			
	Fécale			
Elimination	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Habillage	Se servir			
	Manger			
Alimentation	Temps			
	Espace			
Orientation				
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

// VOLET « CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS »

Une page à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme...)

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

INDIQUEZ PAR ORDRE DE PRIORITÉ LES ÉTABLISSEMENTS OÙ VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCUEILLI

1^{er} choix	Nom de l'établissement	<input type="text"/>
	Adresse	<input type="text"/>
	Commune	<input type="text"/>
	Téléphone	<input type="text"/>

2^e choix	Nom de l'établissement	<input type="text"/>
	Adresse	<input type="text"/>
	Commune	<input type="text"/>
	Téléphone	<input type="text"/>

3^e choix	Nom de l'établissement	<input type="text"/>
	Adresse	<input type="text"/>
	Commune	<input type="text"/>
	Téléphone	<input type="text"/>

4^e choix	Nom de l'établissement	<input type="text"/>
	Adresse	<input type="text"/>
	Commune	<input type="text"/>
	Téléphone	<input type="text"/>

5^e choix	Nom de l'établissement	<input type="text"/>
	Adresse	<input type="text"/>
	Commune	<input type="text"/>
	Téléphone	<input type="text"/>

Madame, Monsieur,

Vous allez effectuer une demande de pré-inscription auprès d'un ou plusieurs établissements. Les informations font l'objet d'un traitement informatique qui vous évite de déposer plusieurs dossiers, permet d'informer rapidement les établissements que vous avez choisis et d'assurer le suivi de votre demande. Les destinataires de ces données sont les établissements choisis et les plateformes d'information et de coordination du territoire concerné (Espace autonomie seniors).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant aux établissements choisis ou à la plateforme d'information et de coordination de votre secteur (Espace autonomie seniors) ou au correspondant informatique et liberté du département du Morbihan (cil56morbihan.fr). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

// VOLET « AUTONOMIE »

Deux pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme)

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom(s) du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

TOILETTE/ HABILLEMENT

Vous faites votre toilette :

Seul(e) Avec une aide partielle Avec une aide complète

Vous vous habillez ou déshabillez :

Seul(e) Avec une aide partielle Avec une aide complète

TRANSFERTS/ DÉPLACEMENTS

Vous vous levez du lit seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Vous vous mettez (couchez) au lit seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Vous vous asseyez au fauteuil seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Vous prenez un ascenseur seul(e) : Oui Non

Vous montez et descendez les escaliers seul(e) : Oui Non

Vous marchez seul(e) : Oui Non

Vous marchez avec le soutien d'une canne : Oui Non

Vous marchez avec le soutien d'un déambulateur : Oui Non

Vous utilisez un fauteuil roulant par intermittence : Oui Non

Vous utilisez un fauteuil roulant en permanence : Oui Non

COHÉRENCE

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

Oui Avec difficulté Non

Vous vous occupez seul (e) de la prise de vos médicaments (dose et horaire) :

Oui Avec difficulté Non

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros...

Oui Avec difficulté Non

Vous pouvez vous exprimer et converser :

Oui Avec difficulté Non

**ORIENTATION**

- Vous vous repérez dans les moments de la journée : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les moments de l'année : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les lieux habituels : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans des lieux inconnus : Oui Avec difficulté Non

SOMMEIL

- Votre sommeil est : Correct Correct avec un traitement Difficile

CONTINENCE

- Utilisez-vous des protections : Oui, le jour Oui, la nuit Non
- Si oui, vous les gérez seul(e) : Oui Non

ALIMENTATION

- Vous mangez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous servez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Votre repas doit être : Mixé Haché De texture normale

Précisions éventuelles : _____

Nom de la personne ayant renseigné le volet Autonomie : _____

Fonction ou qualité si cette personne n'est pas le demandeur : _____

Date : _____

Signature



DOSSIER UNIQUE DE PRÉ-INSCRIPTION

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE OU HÉBERGEMENT PERMANENT

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
(EHPA)

PETITES UNITÉS DE VIE (PUV OU MAPA)

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
DÉPENDANTES (EHPAD)

UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD)

// VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCUEILLI DANS UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DU MORBIHAN

Ce dossier vous permet de demander votre entrée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées situé en Morbihan, pour un hébergement temporaire ou un hébergement permanent.

Attention : en aucun cas ce dossier ne permet une entrée immédiate. Il s'agit d'une demande d'inscription sur les listes d'attente des établissements.

// CE DOSSIER UNIQUE DE PRÉ-INSCRIPTION SIMPLIFIE VOS DÉMARCHES

En Morbihan, ce dossier permet de déposer une demande de pré-inscription auprès des PUV (MAPA), EHPA, EHPAD, USLD.

Ces établissements d'hébergement pour personnes âgées présentent différentes formes et niveaux de médicalisation. Votre degré de dépendance peut conditionner votre orientation vers un type d'établissement plus qu'un autre. Les établissements ou les plateformes d'information et de coordination peuvent vous aider à faire le choix le plus approprié.

// LES TYPES D'ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

LES EHPA

ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

Ce sont des établissements non-médicalisés qui accueillent des personnes valides et autonomes ou faiblement dépendantes.

LES PUV

PETITES UNITÉS DE VIE

Elles sont aussi appelées MAPA (maison d'accueil pour personnes âgées) sont des établissements de moins de 25 places qui proposent un accompagnement de proximité. Ils peuvent accueillir des personnes dépendantes bénéficiant d'une prise en charge des soins sur prescription médicale individuelle (service de soins à domicile ou infirmiers libéraux).

LES EHPAD

ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Ce sont des établissements médicalisés qui accueillent des personnes présentant une dépendance physique et/ou psychique.

LES USLD

UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Ce sont des établissements qui relèvent d'un hôpital et qui accueillent des personnes très dépendantes dont la santé nécessite une surveillance médicale permanente. L'orientation se fait sur prescription médicale.

VOTRE DÉMARCHE ÉTAPE PAR ÉTAPE

1

Contactez et visitez les établissements ;

2

Sur le volet « Choix des établissements », notez où vous souhaitez être hébergé, par ordre de priorité (page 1) ;

3

Remplissez le « volet administratif » du formulaire national (pages 4,5,6) ;

4

Si vous souhaitez entrer en EHPAD ou USLD, faites remplir le « volet médical » par votre médecin traitant (pages 7-8) ;

5

Dans tous les cas, remplissez le volet « Autonomie » (pages 9,10) ;

6

Préparez les pièces justificative : votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition et les justificatifs de vos pensions ;

7

Renseignez-vous auprès de la plateforme d'information et de coordination pour savoir si une gestion commune des listes d'attente est mise en place entre les établissements que vous avez choisis (voir au verso « Vos contacts utiles »).

SI UNE GESTION COMMUNE DES LISTES D'ATTENTE, EST MISE EN PLACE

8

Photocopiez le dossier en 1 exemplaire et conservez une copie pour vous ;

9

Adressez 1 seul dossier, soit à l'établissement de 1^{er} choix, soit à la plateforme d'information et de coordination gérontologique. Ces institutions se chargeront d'informer les autres établissements demandés.

S'IL N'Y A PAS DE GESTION COMMUNE DES LISTES D'ATTENTE

8

Photocopiez le dossier en plusieurs exemplaires : un pour chaque établissement choisi + une copie pour vous ;

9

Adressez un dossier auprès de chaque établissement choisi.

// VOTRE DOSSIER DOIT COMPORTER

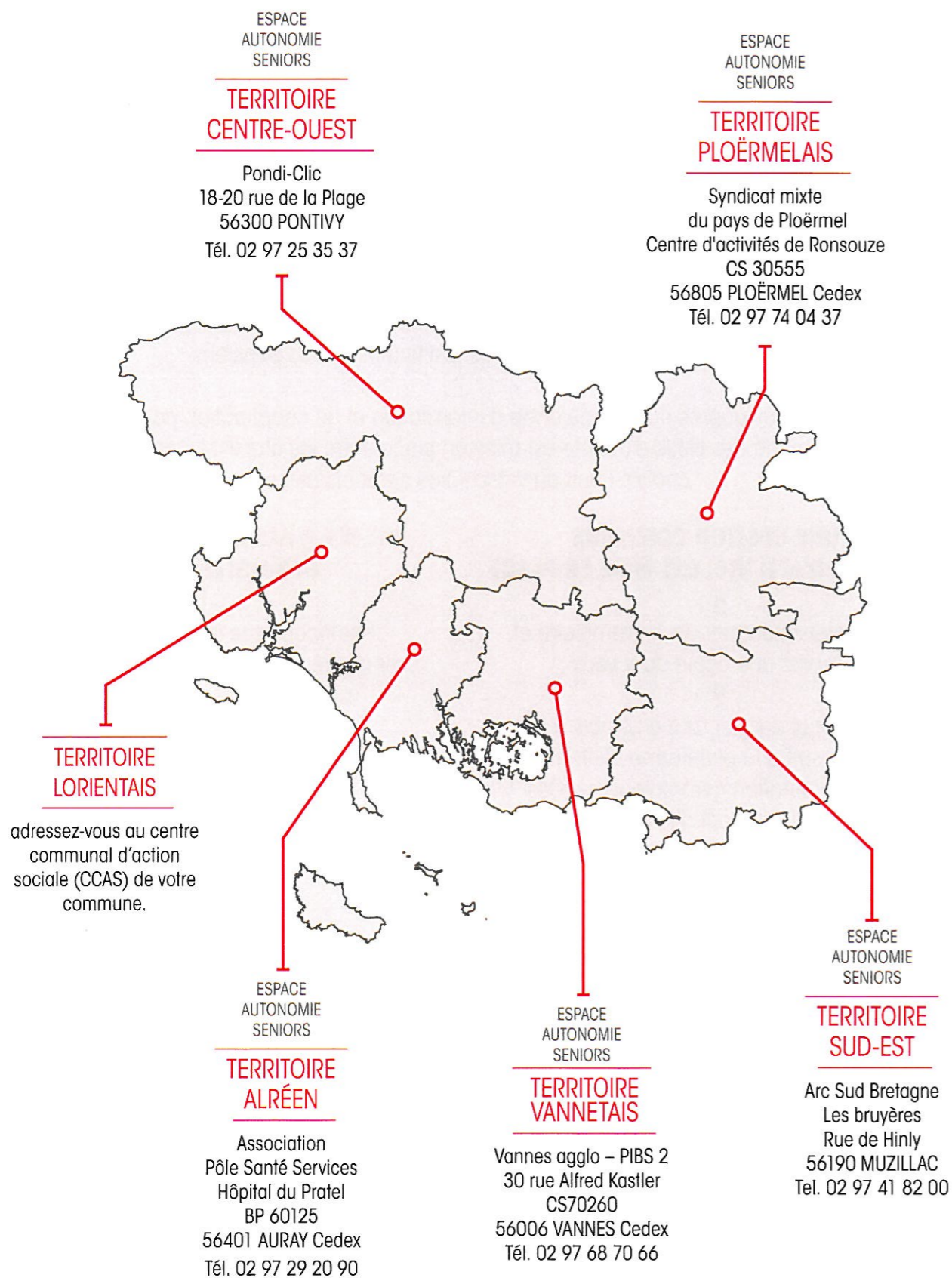
- Le volet « choix des établissements » (page 1) ;
- Le volet « administratif » du formulaire national Cerfa (pages 2, 3, 4, 5, 6) ;
- En cas de demande de pré-inscription en EHPAD ou USLD, le volet « médical » du formulaire national Cerfa (pages 7 et 8), placé sous pli confidentiel ;
- Dans tous les cas, le volet « autonomie » (pages 9-10) ;
- Votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition ;
- Vos justificatifs de pensions.

À noter : après avoir transmis votre dossier, le service instructeur vous informera de la recevabilité de votre demande d'inscription sur les listes d'attente. Pensez à l'informer de toute modification de situation (adresse, choix des établissements, abandon de la demande...). Au moment de l'entrée en établissement, des pièces justificatives complémentaires vous seront demandées.

// LES TERRITOIRES GÉRONTOLOGIQUES DES PROFESSIONNELS PRÈS DE CHEZ VOUS



DOSSIER UNIQUE DE PRÉ-INSCRIPTION



Crédit : Anaparc - Département du Morbihan - Région Bretagne - Agence de presse pour le Morbihan - Photo : Olivier 2014

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE OU HÉBERGEMENT PERMANENT

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
(EHPA)

PETITES UNITÉS DE VIE (PUV OU MAPA)

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
DÉPENDANTES (EHPAD)

UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD)