



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

**EHPAD « Résidence Eugène Aujaleu »
Rue de la piscine
82800 NEGREPELISSE
Tel :05-63-24-67-70
Fax:05-63-26-40-15
ehpad.negrepelisse@info82**

Date de retour du dossier :

Réservé à l'établissement :

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 complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarif des établissements, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie), il convient de contacter le général de votre département.
Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil général de ce département.



EHPAD « Résidence Eugène Aujaleu »

Rue de la piscine

82800 NEGREPELISSE

Tél : 05-63-24-67-70 Fax : 05-63-26-40-15

DOSSIER

ADMINISTRATIF

(A remplir par le résident ou la famille)

**Le dossier administratif
doit être remis complet le jour de dépôt du dossier.**

Pièces à fournir :

- Avis d'imposition ou de non imposition et justificatif de ressources de l'année précédente.
- Demande d'aide sociale (si une demande est faite).
- Attestations et cartes de sécurité sociale et mutuelles (Complémentaire santé)
- Décision de l'accord de l'APA (si la demande est faite)
- Ordonnance de mise sous tutelle (si elle existe)
- Carte d'identité
- Assurance : attestation de responsabilité civile
- Photocopie du livret de famille
- Contrat de séjour dûment signé par le résident ou son représentant légal.
- Dossier médical (à faire remplir par le médecin traitant)
- Recueil des habitudes de vie du résident (à remplir par la famille)

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 ____ - ____ - ____ - ____ - ____

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

(joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

Adresse email _____

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 :

Immédiat

Dans les 6 mois

Échéance 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.



EHPAD « Résidence Eugène Aujaleu »

Rue de la piscine

82800 NEGREPELISSE

Tél : 05-63-24-67-70 Fax : 05-63-26-40-15

Désignation de la personne de confiance par le résident

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Vous venez d'être admis en EHPAD et allez y séjourner. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** » (qui peut être votre médecin traitant, un parent ou un proche) qui sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit

La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :

Souhaite désigner une personne de confiance

OUI

NON

Mme, Mlle, M. :

demeurant :

téléphone Fixe :

téléphone Portable :

Fait à.....

Signature :

Le.....

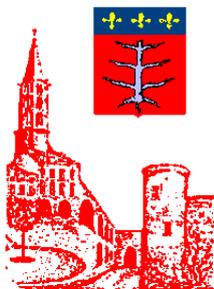
A remplir par la personne de confiance :

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M.....
reconnait avoir pris connaissance de l'information sur le rôle de la personne de confiance
et accepte le choix de M.....

Fait à.....

Signature :

Le.....



EHPAD « Résidence Eugène Aujaleu »

Rue de la piscine

82800 NEGREPELSSE

Tél : 05-63-24-67-70 Fax : 05-63-26-40-15

DOSSIER

MÉDICAL

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) :

<p>ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux</p>	<p>PATHOLOGIES ACTUELLES</p>
--	-------------------------------------

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

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE	oui	Non	Ne sait pas
Si oui, précisez (localisation ,etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez la date du dernier prélèvement			

Taille _____ Poids _____

**FONCTIONS SENSORIELLES
REEDUCATION**

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

Oui non

Kinésithérapie oui non

Orthophonie oui non

Autre (préciser) : _____

	oui	Non
Cécité		
Surdité		

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT POUR

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Données sur l'autonomie		A	B	C
Transfert Déplacement	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				

Symptômes psycho-comportementaux	oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité(cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportement moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)		
Troubles du sommeil		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée de soin		
Type de pansement		

Soins techniques	Oui	Non	Appareillage	oui	Non
Oxygénothérapie			Fauteuil roulant		
Sondes d'alimentation			Lit médicalisé		
Sonde trachéotomie			Matelas anti-escarres		
Sonde urinaire			Déambulateur		
Colostomie			Orthèse		
Ur�t�rostomie			Prothèse		
Appareil ventilatoire (CPCP, VNU...)			Pace-maker		
Chambre implantable			Autres (préciser)		
Dialyse péritonéale					

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



EHPAD « Résidence Eugène Aujaleu »

Rue de la piscine

82800 NEGREPELSSE

Tél : 05-63-24-67-70 Fax : 05-63-26-40-15

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e) Docteur

Adresse

Certifie, après l'avoir examiné

M..... est exempt(e) de maladie contagieuse.

Son état de santé actuel lui permet, sans contre indication, de vivre en collectivité.

A le

Cachet et signature

A L'ATTENTION DU MEDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER

Pour assurer la continuité des soins de ce (tte) résident(e) nous vous demandons de joindre à ce dossier, outre les renseignements demandés :

- Les résultats d'analyses biologiques, radiologiques qui vous semblent significatifs
- Biologie récente et en particulier pour éviter les redondances : NF – CRP- créatinine- Ionogramme -TSH- Albumine -Vt D -B12- Folates
- Un certificat attestant que la personne ne présente aucune maladie pouvant contre indiquer une vie en collectivité (fiche jointe)
- Motifs ALD + double PIREs si possible
- Tout élément qui peut vous sembler significatif
- pour les personnes relevant d'une unité Alzheimer, joindre un certificat médical ainsi que les évaluations neurologiques émanant du neurologue.

EHPAD « Résidence Eugène Aujaleu »

Rue de la piscine

82800 NEGREPELSSE

Tél : 05-63-24-67-70 Fax : 05-63-26-40-15

CERTIFICAT DE VACCINATION

Civilité : Monsieur

Madame

Nom de famille (de naissance) :
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom :

Vaccination : dernières vaccinations et date (ou année) de vaccination :

Pneumo 23 Date :

Tétanos Date :

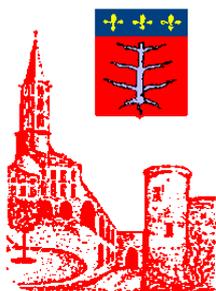
Grippe (s) Date :

Autre (s)..... Date :

..... Date :

A le

cachet et signature



VILLE DE NEGREPELISSE

(82800)

EHPAD "Résidence Eugène Aujaleu"

Mme Christine BONFORT-DEMAISON
Médecin Coordonnateur de l'EHPAD

à l'attention du futur résident et des familles.

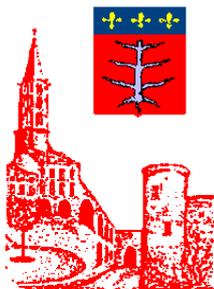
Objet : Liste des médecins

Mesdames, Messieurs,

Vous allez bientôt venir vivre à la Résidence Eugène Aujaleu, rue de la piscine 82800 NEGREPELISSE.

Dans l'éventualité où votre actuel médecin traitant ne pourrait continuer à vous suivre, veuillez lui demander de transférer votre dossier médical au confrère qui vous prendra en charge. Voici à titre indicatif la liste des médecins généralistes qui interviennent déjà dans notre établissement.

Dr BONFORT Xavier Dr CHEGRANE Marino Dr MONTAUT Daniel	<i>1 place des potiers 82800 NEGREPELISSE 05-63-30-90-65</i>
Dr LIBEROS Christian	<i>64 av 19 mars 1962 82800 NEGREPELISSE 05-63-30-95-44</i>
Dr BONENFANT Francis Dr CHAPELLE Monique Dr PORTE Denis	<i>Chemin des Rondes 82800 MONTRICOUX 05-63-67-29-09</i>
Dr LAMOISE Serge	<i>18 lot Garrigues 82350 ALBIAS 05-63-31-04-32</i>
Dr SENTENAC Jean Claude	<i>24 rue St Georges 82350 ALBIAS 05-63-31-18-40</i>
Dr DENIS Elisabeth	<i>18 lot Garrigues 82350 ALBIAS 05-63-31-18-37</i>
Dr CASTELA Alain	<i>4 imp Seyne 82410 St Etienne de Tulmont 05-63-64-51-94</i>
Dr GAUCHER-THIERRY Françoise	<i>4 imp Seyne 82410 St Etienne de Tulmont 05-63-64-59-72</i>
Dr TARTIERE Sylvie	<i>Place des Arcades 82440 REALVILLE 05-63-67-17-71</i>



VILLE DE NEGREPELISSE

(82800)

EHPAD "Résidence Eugène Aujaleu"

Mme Christine BONFORT-DEMAISON
Médecin Coordonnateur de l'EHPAD

à l'attention du futur résident et des familles.

Objet : Liste des kinésithérapeutes - masseurs

Mesdames, Messieurs,

Vous allez bientôt venir vivre à la Résidence Eugène Aujaleu, rue de la piscine 82800 NEGREPELISSE.

Dans l'éventualité où votre actuel kinésithérapeute - masseur ne pourrait continuer à vous suivre, voici à titre indicatif la liste des kinésithérapeutes - masseurs qui interviennent déjà dans notre établissement et qui pourrons vous prendre en charge.

Cabinet de rééducation Mr CHEVALIER Christophe Mme MAHOUX Céline Mme PIAZZA Valérie Mr MARQUES Fabien Mr GARIAUX Pierre	205 rue Marchat 82800 NEGREPELISSE 05-63-64-24-50
Cabinet de rééducation Mme FAURY Céline Mr REMESY Benjamin	11 rue Marcelin Viguié 82800 NEGREPELISSE 05-63-64-24-43
Cabinet de rééducation Mr ANDRIEU Xavier Mme LACAZE Sophie	37 route départementale 820 82440 REAVILLE 05-63-31-89-98
Cabinet de rééducation Mme VANGRIEKEN Brigitte	4 rue Flandres Dunkerque 82350 ALBIAS 06-03-34-72-31