



cerfa
N°14732*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ___ / ___	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ___ / _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;
Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 2

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez : _____
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Demande urgente OUI NON

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

ALD : OUI NON

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amaigrissement récent²

Oui

Non

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles ³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
<p>Si OUI, précisez laquelle :</p> <p>Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>			<p>Si OUI, précisez laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile 			<p>Si OUI, précisez laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) 		

Risque de chute

Oui

Non

Risque de fausse route

Oui

Non

Soins palliatifs

Oui

Non

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		
			date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.
² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.
³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.
⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin



FICHE D'AUTONOMIE/INDEPENDANCE

Pré admission Accueil de jour Personnes vieillissantes en situation de handicap

↓ **Rapport au langage, communication**

Est-ce que la personne s'exprime, comprend ce qu'on lui dit?

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

↓ **Rapport à l'autre:**

Quels sont les rapports de la personne:

Avec sa famille

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

Avec ses pairs (en groupe)

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

Avec les professionnels du secteur médico-social

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

A l'extérieur

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

↓ **Comportement en général, habitudes de vie**

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

↓ **Vie quotidienne:**

Lever

A quelle heure la personne se lève-t-elle? Quelles sont ses habitudes, a-t-elle besoin d'une personne pour se réveiller?

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

Toilette

Quelles sont ses habitudes? Fait-elle sa toilette seule?

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

Habillage

Quels sont les besoins de la personne? Se change-t-elle seule? Adapte-t-elle les vêtements à la saison?

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



Repas

Existe-t-il des mets que la personne n'aime pas? Mange-t-elle seule? Certains aliments doivent-ils être moulins ?

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

Sommeil

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

↓ **Repérage dans le temps**

La personne a-t-elle la notion de l'heure et du temps?

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

↓ **Déplacement et orientation, repérage dans l'espace**

Est-ce que la personne se repère dans la rue, dans l'établissement?

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

↓ **Inscription dans la vie domiciliaire**

Est-ce que la personne participe à la mise du couvert, la vaisselle, range-t-elle sa chambre...?

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

↓ **Activités**

Quelles activités la personne aime-t-elle faire?

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

Préférez-vous un accueil certains jours de la semaine ?

oui

non

Lesquels ?

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

(Entourez les jours souhaités)

Dossier établi le :

Signature:



ACCUEIL DE JOUR - PHV LAMBALLE

TARIFS APPLICABLES AU 1ER AVRIL 2021

TARIFS A LA JOURNEE + 60 ANS					
HEBERGEMENT	DEPENDANCE		S/TOTAL	REPAS	TOTAL
40,68 €	GIR 1 et 2	36,76 €	77,44 €	5,00 €	82,44 €
	Gir 3 et 4	23,34 €	64,02 €		69,02 €
	Gir 5 et 6	9,90 €	50,58 €		55,58 €
TARIF PERSONNES MOINS DE 60 ANS			61,68 €		

TARIFS A LA DEMI-JOURNEE + 60 ANS					
HEBERGEMENT	DEPENDANCE		S/TOTAL	REPAS	TOTAL
20,34 €	GIR 1 et 2	18,38 €	38,72 €	5,00 €	43,72 €
	GIR 3 et 4	11,67 €	32,01 €		37,01 €
	GIR 5 et 6	4,95 €	25,29 €		30,29 €
TARIF PERSONNES MOINS DE 60 ANS			30,84 €		



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

Pathologie(s):

• **Diagnostic**

.....
.....

• **Evolutivité**

Aigüe ou poussée évolutive

Chronique ou stabilisée

• **Motif d'admission en accueil de jour**

.....
.....

• **Antécédents médicaux et chirurgicaux**

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

• **Autres problèmes de santé à signaler** (allergies, risque de fausses routes, cécité, surdité, troubles de la marche, conduites à risques : alcool, tabac, fugues...)

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

• **Appareillages** (déambulateur, canne, prothèses...)

.....
.....

• **Traitement médical** (ou joindre l'ordonnance)

↓ A.L.D: oui non

↓ **Liste des médicaments en A.L.D** (Nom, posologie)

-
-
-
-

DOSSIER COMPLEMENTAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE JOUR LAMBALLE.
CERTIFICAT MEDICAL ET CONFIDENTIEL A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT OU PSYCHIATRE

NOM/PRENOM

PERMANENCE DES SOINS

Merci de préciser votre permanence des soins ou de joindre une ordonnance sur laquelle elle y figure .
Ces informations pourraient être nécessaires à l'équipe soignante en cas d'urgence pour votre patient

CERTIFICAT D'ACTE DE LA VIE COURANTE

Je soussigné , Dr, autorise l'équipe de l'accueil de jour
à savoir aide-soignant et aide médico-psychologique à aider à la prise des médicaments dans le cadre des actes
de la vie courante pour M. /Mme

Le

Signature



A CONSERVER PAR LE DEMANDEUR

Pièces à déposer avec la demande d'admission (pour passage en commission) :

- ✓ Livret de famille ou acte de naissance
- ✓ Attestation de droit de la caisse de sécurité sociale
- ✓ Carte mutuelle à jour
- ✓ Dernier avis d'imposition
- ✓ Justificatif des ressources de l'année précédente
- ✓ 2 photos d'identité
- ✓ Copie de jugement de mesure de protection
- ✓ Notification MDPH
- ✓ Copie du jugement de tutelle ou curatelle le cas échéant
- ✓ Bilan éducatif et projet personnalisé.

Pièces à fournir à l'entrée:

- ✓ Copie de la carte vitale
- ✓ Copie de la carte d'invalidité
- ✓ Copie de la carte d'identité
- ✓ Attestation d'assurance de responsabilité civile
- ✓ La dernière ordonnance et les médicaments
- ✓ Le dossier médical doit être transmis par le médecin traitant ou psychiatre, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin coordonnateur.

Bagage à amener à chaque venue à l'accueil de jour :

- ✓ Chapeau, lunettes de soleil, crème solaire si besoin,
- ✓ Les médicaments correspondant à la prescription, non déconditionnés,
- ✓ Une ordonnance si changement de traitement.