



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



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**

## 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.

**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**Civilité Monsieur  Madame  Nom d'usage Prénom(s)  Nom de naissance Date de naissance  Lieu de naissance N° d'immatriculation **ADRESSE**N° Voie, rue, boulevard Code postal  Commune/Ville 

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email **SITUATION FAMILIALE**Célibataire  Marié(e)  Vit maritalement  Veuf (ve)   
Divorcé(e)  Séparé(e)  Pacsé(e)  Célibataire géographique Nombre d'enfant(s) MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI  NON  En cours Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Mandat de protection future Organismes : UDAF 87  ALSEA  AEPAPE 87 Autre organisme, préciser : **ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL****A NE REMPLIR QUE SI VOUS ÊTES SOUS TUTELLE, CURATELLE  
OU AUTRE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**Civilité Monsieur  Madame   
Nom d'usage du représentant légal Prénom(s) Commentaires : **ADRESSE**N° Voie, rue, boulevard Code postal  Commune/Ville 

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email

**COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (Aidant Principal)**La personne concernée elle-même OUI  NON , préciser ses coordonnées :

Nom d'usage

Prénom(s)

Commentaires :

**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

**COORDONNEES AUTRE PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (Entourage)**

Nom d'usage

Prénom(s)

Commentaires :

**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

**PERSONNE DE CONFIANCE**A NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DESIGNÉ PAR ECRIT 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 : NON  OUI , préciser ses coordonnées :

Nom d'usage

Prénom(s)

Commentaires :

**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**

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint, problème médical ...):

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD / SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Préciser le nom de l'établissement ou du service :

Domicile  Chez enfant/proche  Autre (préciser) :

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

<sup>1</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

**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

\* 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.

COMMENTAIRES :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : URGENT

LE PLUS TOT POSSIBLE

DEMANDE DE PRECAUTION

Type d'hébergement recherché :

Hébergement permanent  Commentaire :

Hébergement temporaire  Du

Au Commentaire :

Accueil de jour  Du

Au Commentaire :

Accueil de nuit  Du

Au Commentaire :

Accueil couple souhaité OUI  NON

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

## PERSONNE CONCERNÉE

Civilité Monsieur  Madame Nom  
d'usage

Prénom(s)

Nom de  
naissance

Date de naissance

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

1 <sup>er</sup> choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
2 <sup>ème</sup> choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
3 <sup>ème</sup> choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
4 <sup>ème</sup> choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
5 <sup>ème</sup> choix	Nom de l'établissement	
	Commune	
6 <sup>ème</sup> choix	Nom de l'établissement	
	Commune	

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

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité    Monsieur     Madame     Nom d'usage

Prénom(s)     Nom de naissance

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			Si oui, préciser (localisation, etc.)			
Tabac			Préciser la date du dernier prélèvement			
Sevrage						

Taille     Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**

	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

OUI  NON

**REEDUCATION**

	OUI	NON
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre (préciser)		

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

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transferts				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communiquer pour alerter				
Cohérence	communication			
	comportement			

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		

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) :		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

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



**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité    Monsieur     Madame     Nom d'usage

Prénom(s)     Nom de naissance

Date de naissance

**TOILETTE / HABILLEMENT/HABILLAGE**

Vous faites votre toilette     Seul(e)     Avec une aide partielle     Avec une aide complète

Vous vous habillez et vous déshabillez     Seul(e)     Avec une aide partielle     Avec une aide complète

Précisions éventuelles :

**TRANSFERTS / DEPLACEMENTS**

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 et vous vous relevez du 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 utilisez les aides techniques suivantes     lit médicalisé     déambulateur     cannes     fauteuil roulant

Précisions éventuelles :

**COHERENCE**

Vous pouvez vous exprimer et converser     Oui     Avec difficulté     Non

Vous vous occupez seul(e) de la prise de 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 avez des problèmes de mémoire     Jamais     Parfois     Souvent

Précisions éventuelles :

**ORIENTATION**

Vous vous repérez dans les moments de la journée     Oui     Avec difficulté     Non

Vous vous repérez dans les moments de l'année (mois, saison, année)     Oui     Avec difficulté     Non

Vous vous repérez dans les lieux habituels (domicile)     Oui     Avec difficulté     Non

Vous vous repérez dans des lieux inconnus     Oui     Avec difficulté     Non

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante     Oui     Avec difficulté     Non

Précisions éventuelles :

**SOMMEIL**

Votre sommeil est  Correct  Correct avec traitement  Difficile

Précisions éventuelles :

**CONTINENCE**

Utilisez-vous des protections  Oui, le jour  Oui, la nuit  Non

Si oui, les gérez-vous seul(e)  Oui  Non

Précisions éventuelles :

**ALIMENTATION**

Vous avez besoin d'aide à table pour les activités suivantes :

couper la viande  Oui  Avec difficulté  Non

verser de l'eau dans un verre  Oui  Avec difficulté  Non

peler un fruit  Oui  Avec difficulté  Non

Vous mangez seul(e) (porter les aliments à la bouche)  Oui  Avec difficulté  Non

Votre repas doit être  Mixé  Haché  De texture normale

Vous présentez des difficultés à avaler  Oui  Non

Précisions éventuelles :

**AIDES EN PLACE**

Vous bénéficiez de l'intervention au domicile :

d'un infirmier ou d'un personnel de service de soins infirmier à domicile (SSIAD)  Oui  Non

d'un service d'aide à la personne  Oui  Non

d'une employée de maison, aide ménagère, auxiliaire de vie  Oui  Non

d'un service de portage de repas à domicile  Oui  Non

d'un dispositif de téléassistance  Oui  Non

Précisions éventuelles :

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES :****NOM ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE AYANT RENSEIGNÉ LE VOLET AUTONOMIE SI DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE CONCERNÉE**

(nom, prénom, adresse, téléphone) :

Lien avec la personne concernée :

Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature

--