



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 EXERCANT 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 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'enfants : .....

**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 (évènement 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 ou département : .....

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard : .....

Code Postal : ..... Commune / Ville : .....

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

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 hébergement temporaire \_\_\_\_\_

Situation de la personne concernée à la date de la demande :  Domicile  Chez enfant/Proche

Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD/SAD  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 <sup>(1)</sup> :

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 : .....

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

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 séjours ?

- Seule       A 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.*

# 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 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
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE	Ne sait pas	oui	non
Si oui, préciser (localisation, etc.)			
Préciser la date du dernier prélèvement			

Taille : ..... Poids : .....

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

RISQUE DE FAUSSE ROUTE	OUI	NON

REEDUCATION	OUI	NON
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre ( <i>préciser</i> )		

**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
Transfert			
Déplacements à l'intérieur			
Déplacements à l'extérieur			
Toilette Haut			
Toilette Bas			
Elimination Urinaire			
Elimination Fécale			
Habillage Haut			
Habillage Moyen			
Habillage Bas			
Alimentation Se servir			
Alimentation Manger			
Orientation Temps			
Orientation Espace			
Communication pour alerter			
Cohérence			

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i> )		
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		
Gastrotomie		
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 : .....

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard : .....

Code Postal : ..... Commune / Ville : .....

Date : .....

Signature  
Cachet médecin