

**DOSSIER DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN VUE D'UNE ADMISSION
TEMPORAIRE OU PERMANENTE AU SEIN DE NOS FOYERS GRAN MOUN**

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

COLOCATION	ACCUEIL DE JOUR
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : 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"/> Date exacte (le cas échéant) ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : 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"/> Date exacte (le cas échéant) • Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours)
Admission avec le conjoint souhaitée : NON	
Accueil de nuit Date d'entrée souhaitée . ___ / ___ / _____ Immédiate : 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"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits souhaitées) : _____	Accueil de jour Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : 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"/> 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) :
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

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 personnel médical coordonnateur des soins à domiciles qui pourra émettre un avis sur la capacité à vous recevoir au regard de la capacité de soins du foyer.

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

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)

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance Prénom(s)

Date de naissance

Nationalité

N ° Sécurité sociale

N ° CAF

Situation familiale (entourez la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (Vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) • _____

Présence d'un aidant ¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance ² : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence seniors EHPAD Autre
(précisez) • _____

Adresse

N ° voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n ° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

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

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OPJ, 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

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS

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

Mandat de protection future actif 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 _____ @ _____

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
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

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**

AUTRES COMMENTAIRES

(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 difficile ¹

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 anticipées ² ? 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	
Téléphone fixe _____	commune VI e _____

Téléphone portable _____

Adresse email _____@_____

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

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_vii_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques Pathologies actuelles et état de santé ¹

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

	Taille		Poids	Amaigrissement		
		récent ²			Oui	Non

Risque de chute

Soins palliatifs

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles ³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle . Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUID NON C]			Si OUI, précisez laquelle : visuelle ; auditive gustative olfactive vestibulaire tactile			Si OUI, précisez laquelle : Kinésithérapie Orthophonie Autre (précisez)		
	Oui	Non	Risque de fausse route	Oui	Non		Oui	Non

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : à 5 % en 1 mois, ou 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		

Données sur l'autonomie		Al		e	Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)					Idées délirantes		
Déplacement	À l'intérieur				Hallucinations		
	À l'extérieur				Agitation, agressivité		
Toilette	Haut				Dépression, dysphorie		
	Bas				Anxiété		
Elimination	Urinaire				Exaltation de l'humeur/dysphorie		
	Fécale				Apathie, indifférence		
Habillage	Haut				Désinhibition		
	Moyen				Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
	Bas				Comportement moteur aberrant : déambulations pathologiques		
Alimentation	Se servir				gestes incessants		
	Manger				risque de sorties non accompagnées		
Alerter					Troubles du sommeil		
Orientation	Temps				Troubles de l'appétit		
	Espace						
Cohérence	Communication				Appareillages	Oui	Non
	Comportement				Fauteuil roulant		
Soms tec mques	oui	Non			Lit médicalisé		
Oxygénothérapie					Matelas anti-escarres		
	- Continue				Déambulateur / canne		
	- Non continue				Orthèse		
Sondes d'alimentation					Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Sondes trachéotomie					Pacema er		
Sonde urinaire					Autres (précisez) :		
					Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
					- Soins d'ulcère		
					- Soins d'escarres		
					Localisation :		

Gastrostomie		
--------------	--	--

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).

<p><u>Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)</u></p>

<p>Signature, date et cachet du médecin</p>

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

Durée du soin :
Type de pansement (préciser) :