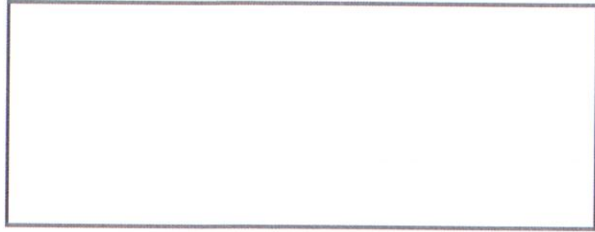




HOPITAUX de la Vésubie

ALPES - MARITIMES
06450 - ROQUEBILLIERE
☎ 04 93 03 43 64 • 📠 04 93 03 53 70
E-mail : chvesubie@hopitaux-vesubie.fr

N. Réf. : Bureau des admissions
Responsable service : Mme THAON Chrystelle
Tél : 04.93.03.43.64 poste 3410
Fax : 04.93.03.52.31
Mail : cjcaccueil@hopitaux-vesubie.fr



Roquebillière, le .../.../2018

**Formalités à accomplir en vue d'un placement
en EHPAD dans notre établissement.**

Madame, Monsieur,

Pour faire suite à votre demande en date du ... / ... /2018, nous vous adressons, les documents d'ordre médical et administratif, nécessaires à la constitution de votre dossier. Vous trouverez ci-dessous, les indications d'utilisation et de destination.

A RETOURNER A NOTRE ETABLISSEMENT :

* Le dossier de demande d'admission en établissement pour personnes âgées dépendantes complété. La partie médicale est à faire remplir par votre médecin traitant et doit être retournée sous pli confidentiel adressé aux médecins du Centre Jean Chanton.

Après réception du dossier complet et accord du service médical, vous serez inscrit sur liste d'attente. Nous prendrons contact avec vous dès qu'une place pourra vous être proposée.

Le jour de votre admission qui doit avoir lieu en fin de matinée, veuillez emmener votre traitement en cours, la dernière ordonnance prescrite par votre médecin traitant ainsi que les documents suivants :

- * Copie du livret de famille et de la carte d'identité
- * Attestation de sécurité sociale, de mutuelle et carte vitale
- * Justificatifs des pensions et retraites
- * Dernier avis d'imposition et dernière déclaration de revenus
- * Dernier relevé de taxes foncières
- * Dernier relevé de comptes (comptes courants et livrets d'épargne)
- * Notification éventuelle d'admission à l'aide sociale
- * Notification éventuelle d'admission à l'APA
- * Notification éventuelle d'allocation logement
- * Relevé d'Identité Bancaire

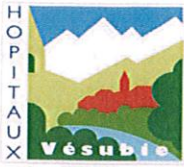
Nous vous rappelons que le montant du tarif hébergement est de : 57,70€/jour et que les tarifs dépendance sont les suivants : GIR 1/2 : 16.28 € / jour GIR 3/4 : 10.33 € / jour GIR 5/6 : 4.38 € / jour

Lors de votre admission, la signature d'un engagement de payer et 1 chèque de caution de 31 jours (tarif hébergement + tarif dépendance GIR 5/6) vous seront demandés soit : 31 x 62.08 € = 1924.48 € (chèque libellé à l'ordre du Trésor Public).

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire,

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Bureau des Admissions.



HOPITAUX de la Vésubie

A L P E S - M A R I T I M E S

0 6 4 5 0 - R O Q U E B I L L I E R E

☎ 0 4 9 3 0 3 4 3 6 4 • 📠 0 4 9 3 0 3 5 3 7 0

E - m a i l : c h v e s u b i e @ h o p i t a u x - v e s u b i e . f r

EHPAD CENTRE JEAN CHANTON

Bd du Dr René Roques 06450 ROQUEBILLIERE

Tél : 04.93.03.43.64

Fax administratif : 04.93.03.52.31 / Fax médical : 04.93.03.54.83

Courriel : cjccaccueil@hopitaux-vesubie / cjccadresante@hopitaux-vesubie

***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

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE
SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.**

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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 naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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 ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

SI OUI :

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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 naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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 naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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 : 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'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT
PAS OUI NON

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

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 (préciser)

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	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				

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		

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(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du
médecin