

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/...../2023

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

Madame, Monsieur,

Pour faire suite à votre demande en date du ... / ... /2023, 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 et copie éventuelle du jugement de mise sous protection juridique.
- * 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 : 59,13€/jour et que les tarifs dépendance sont les suivants : GIR 1/2 : 20,06€ / jour GIR 3/4 : 12,73€ / jour GIR 5/6 : 5,40€ / 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 64,53€ = 2000,43€ (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.



**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

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 (cocher la mention utile)

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

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : 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 service seniors Long séjour

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)).

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.

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

| | | | |
|--------------------------------------|-------------|-----|--------------------|
| Allergies | Oui | Non | si oui, précisez : |
| | | | |
| Portage de bactérie multi résistante | Oui | Non | si oui, précisez : |
| | Ne sait pas | | |
| | | | |

| 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 | | |

| 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 : | | |

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

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).