

FICHE DE PRÉ-INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES

**Original à conserver et photocopie(s) à retourner
à un ou plusieurs établissements de votre choix**

PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT :

N° dossier :

Date de réception de la demande : ___ / ___ / ___

ÉTAT CIVIL

Monsieur Madame

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Date de naissance* : ___ / ___ / ___ Lieu de naissance : Département : l ___ l ___ l

* Pour les personnes de moins de 60 ans souhaitant entrer en établissement, l'accord préalable du Président du Conseil général est obligatoire, quel que soit le type d'accueil demandé. Cette dérogation doit rester une mesure exceptionnelle liée à la situation particulière du demandeur.

Coordonnées

Adresse :

Code postal : l ___ l ___ l ___ l ___ l

Ville :

Téléphone fixe : l ___ l ___ l ___ l ___ l ___ l

Téléphone portable : l ___ l ___ l ___ l ___ l ___ l

Adresse électronique :
.....@.....

Situation familiale

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Célibataire Vie maritale PACS

Autre, précisez :

Nombre d'enfant(s) :

Au moment de l'inscription, vous êtes :

À votre domicile En accueil familial

Dans votre famille

Dans un établissement

si oui, lequel ?

Hospitalisé(e)

si oui, dans quel établissement ?

Accueil en couple souhaité

Oui Non

Si oui, renseignez l'identité du conjoint :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Département : l ___ l ___ l

Lieu de naissance :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS / SITUATION SOCIALE

Y a-t-il une mesure de protection juridique ?

Demande en cours Non Oui

>> **Si oui** Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future
 Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)

>> **Représentant légal ou organisme** Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : l ___ l ___ l ___ l ___ l Ville :

Téléphone fixe : l ___ l ___ l ___ l ___ l ___ l Téléphone portable : l ___ l ___ l ___ l ___ l ___ l

Adresse électronique :@.....

Vous bénéficiez actuellement :

de l'APA Précisez de quel département : Groupe iso ressource (si connu) : GIR
Précisez quels sont les services d'aide et d'accompagnement à domicile ?

..... Nombre d'heures d'intervention :

de Services de soins infirmiers à domicile :

Nom de l'intervenant : Nombre d'heures d'intervention :

Autre, précisez :

Demande(s) en cours (APA, Services de soins infirmiers...) précisez :

TYPE DE DEMANDE

Type d'hébergement souhaité

- Type de chambre :** Seule Double Indifférent Chambre communicante
- Type d'accueil :** Permanent Temporaire : Période du ___ / ___ / ___ au : ___ / ___ / ___
(La durée maximale dans l'année civile pour un accueil temporaire est fixée à 90 jours, en continu ou en discontinu.)
- Accueil de jour >> Nombre de jour(s) par semaine : plutôt la journée plutôt la demi-journée
- Accueil de nuit >> Nombre de nuit(s) par semaine :

Date d'entrée souhaitée

- Le plus tôt possible Dans l'année Inscription de précaution*

*Dans ce cas, merci d'informer l'établissement lorsque vous envisagerez votre entrée pour compléter votre dossier.

Raison de l'inscription

.....

.....

.....

Vos attentes vis-à-vis de l'établissement

.....

.....

.....

PERSONNES POUVANT ÊTRE CONTACTÉES*

**à renseigner dans l'ordre des personnes à contacter en 1^{er}*

Nom : Prénom :

Lien avec le futur résidant : Famille, précisez : Personne de confiance Personne référente
 Tiers, précisez : Représentant légal (tuteur, curateur...)

Adresse :

Code postal : | _ | _ | _ | _ | _ | Ville : Téléphone fixe : | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Téléphone portable : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Adresse électronique : @

Nom : Prénom :

Lien avec le futur résidant : Famille, précisez : Personne de confiance Personne référente
 Tiers, précisez : Représentant légal (tuteur, curateur...)

Adresse :

Code postal : | _ | _ | _ | _ | _ | Ville : Téléphone fixe : | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Téléphone portable : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Adresse électronique : @

Médecin traitant

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : | _ | _ | _ | _ | _ | Ville :

DEMANDE DÉPOSÉE PAR : *(Ne pas remplir si le futur résidant est le demandeur)* Lien avec le futur résidant :

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal : | _ | _ | _ | _ | _ | Ville :

Téléphone fixe : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Téléphone portable : | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Date de la demande :
 ___ / ___ / ___

Signature du futur résidant

Signature éventuelle du demandeur
(si le futur résidant n'est pas le demandeur)

INFORMATIONS SUR LA DEMANDE DE PRÉ-INSCRIPTION

(Partie à conserver)



La fiche de pré-inscription ainsi que le dossier médical ne sont remplis qu'**une seule fois**.
Conservez les originaux et remettez une copie à chaque établissement dans lequel vous postulez.

Cette demande ne vaut pas inscription définitive. Il vous appartient de prendre contact avec l'établissement de votre choix afin de connaître la suite réservée à votre dossier.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS pour lesquels vous avez déposé une demande de pré-inscription

	Date d'envoi du dossier		Date d'envoi du dossier
EHPAD :	___/___/___	EHPAD :	___/___/___
.....		
EHPAD :	___/___/___	EHPAD :	___/___/___
.....		
EHPAD :	___/___/___	EHPAD :	___/___/___
.....		
EHPAD :	___/___/___	EHPAD :	___/___/___
.....		

LISTE DES DOCUMENTS À TRANSMETTRE lors de votre admission dans l'établissement

Cette liste vous est donnée à titre indicatif pour vous permettre dès aujourd'hui de rassembler les documents nécessaires.

- Copie du livret de famille
 - Copie de l'attestation d'assurance maladie
 - Carte vitale
 - Copie de la carte de mutuelle complémentaire en cours de validité
 - Avis annuels des caisses de retraite
 - Copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
 - Copie de la notification d'une mesure de tutelle ou de curatelle
 - Relevé d'identité bancaire
 - Attestation d'assurance responsabilité civile
 - Contrat obsèques éventuel
 - Attestation d'allocation logement
 - Notification d'attribution de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie)
- Dans le cas d'une demande d'aide sociale :**
- Copie de la taxe foncière
 - Relevé des capitaux placés

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE AGÉE DÉPENDANTE

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

- Article I :** **CHOIX DE VIE**
Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- Article II :** **DOMICILE ET ENVIRONNEMENT**
Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- Article III :** **UNE VIE SOCIALE MALGRÉ LES HANDICAPS**
Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
- Article IV :** **PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES**
Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- Article V :** **PATRIMOINE ET REVENUS**
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus.
- Article VI :** **VALORISATION DE L'ACTIVITÉ**
Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.
- Article VII :** **LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE**
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- Article VIII :** **PRÉSERVER L'AUTONOMIE ET PRÉVENIR**
La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
- Article IX :** **DROIT AUX SOINS**
Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.
- Article X :** **QUALIFICATION DES INTERVENANTS**
Les soins qui requièrent une personne âgée dépendante, doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.
- Article XI :** **RESPECT DE LA FIN DE VIE**
Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- Article XII :** **LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR**
La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.
- Article XIII :** **EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE**
Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.
- Article XIV :** **L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION**
L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

DOSSIER MÉDICAL UNIQUE

de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes



Document médical confidentiel À FAIRE REMPLIR PAR UN MÉDECIN (à mettre sous pli confidentiel)

PERSONNE CONCERNÉE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Taille : Poids :

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres, précisez :

1 FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité oui non

Surdité oui non

2 RISQUE DE FAUSSE ROUTE

oui non

3 RÉÉDUCATION

Kinésithérapie oui non

Orthophonie oui non

Autres, précisez :

4 DONNÉES SUR L'AUTONOMIE

		Fait seul	Aide partielle	Aide totale
Transfert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	À l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	À l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Bonne	Moyenne	Mauvaise
Orientation	Temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication pour alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	oui	non
Idées délirantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation, agressivité (cris...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement moteur aberrant (dont déambulation pathologique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 SOINS TECHNIQUES

	oui	non
Sondes à oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urétérostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage ventilatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chambres implantables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse péritonéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉS

	oui	non
Soins d'ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localisation :		
Stade :		
Durée du soin :		
Type de pansement :		

8 APPAREILLAGES

	oui	non
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pace-maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		
.....		

9) ANTÉCÉDENTS

médicaux

.....

chirurgicaux

.....

10) GÈRE SEUL SON TRAITEMENT

oui non

11) ALLERGIES (DONT MÉDICAMENTEUSES)

oui non

Si oui, précisez :

12) PORTAGE DE BACTÉRIE MULTIRÉSISTANTE

oui non ne sait pas

Précisez (localisation, etc.) :

13) PATHOLOGIES ACTUELLES

.....

14) AUTRES SOINS

Soins palliatifs oui non

15) CONDUITES À RISQUE

	oui	non
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		
.....		

16) MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Prénom :

Commune :

Téléphone : 1__1__1__1__1__1

Adresse électronique :
@.....

17) TRAITEMENTS EN COURS

ou joindre la dernière ordonnance
 (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

.....

18) COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES

.....

Date : ____ / ____ / ____

Nom et fonction du médecin qui a renseigné le dossier :

Signature :