

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



CLIC AMAREIS
5 BOULEVARD Gambetta
03200 VICHY

04 70 31 72 97



C.L.I.C
« Vallée de Montluçon et
Du Cher »

26 rue Paul Constans
03100 MONTLUÇON
04 70 05 63 50



CLIC AMAGE
52 avenue d'Orvilliers
03000 MOULINS
04 70 42 58 70



Conseil Général
Département de l'Allier

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

EHPAD PIERRE MASSEBOEUF



BELLERIVE-SUR-ALLIER

EHPAD Pierre Masseboeuf

7 Chemin des Tribles
03700 BELLERIVE SUR ALLIER

TEL : 04 70 58 81 00

FAX : 04 70 58 81 29

MAIL : ehpad-pierre.masseboeuf@orange.fr

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

Dans le cadre de la coordination gérontologique mise en œuvre par le Conseil général, celui-ci, les EHPAD ( tablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les USLD (unités de soins de longue durée) et les CLIC (centres locaux d'information et de coordination) utilisent le logiciel d'aide à la gestion des inscriptions en liste d'attente auprès d'un ou plusieurs établissements « *Attentum* ». La personne sollicitant une entrée en EHPAD ou en USLD peut constituer son dossier auprès de n'importe quel EHPAD, USLD, CLIC ou service social hospitalier du département en précisant les établissements d'hébergement 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 EXERÇANT 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 JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

  LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,

  LES JUSTIFICATIFS DESPENSIONS.

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 L'UN DES TROIS CLIC DE VOTRE TERRITOIRE (OU LE SERVICE SOCIAL HOSPITALIER EN CAS D'HOSPITALISATION).

SI L'ETABLISSEMENT SE SITUE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT POUR SAVOIR SI L'ETABLISSEMENT EST HABILITE A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE ET QUELS SONT LES TARIFS.

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'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 (évènement familial récent, décès du conjoint ...):

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

A NE REMPLIR QUE SI VOUS BENEFICIEZ D'UNE MESURE
DE PROTECTION JURIDIQUE (TUTELLE, CURATELLE ...)

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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

**A NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DESIGNE PAR ECRIT UNE
PERSONNE DE CONFIANCE (art.L1111-6 du code de santé**

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 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 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

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 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 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

HEBERGEMENT PERMANENT

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ____/____/____

ACCUEIL DE JOUR

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.*

EHPAD PIERRE MASSEBOEUF



Documents nécessaires pour instruire le dossier d'admission

PROTECTION SOCIALE

SECURITE SOCIALE

Caisse

Adresse

.....

Numéro d'immatriculation

Article 115 (pensionné de guerre) : OUI NON

Carte d'invalidité : OUI NON

MUTUELLE

Caisse

Adresse

.....

Numéro d'adhérent

A.P.L (Aide Personnalisée au Logement) ou A.L (Allocation Logement)

CAF

MSA

Caisse

N° allocataire :

RESSOURCES

RETRAITE PRINCIPALE DE L'INTERESSE

Caisse(s) Numéro

Montant (mois)

.....
.....

RETRAITES COMPLEMENTAIRES

Caisse(s) Numéro

Montant (mois)

.....
.....
.....
.....

RETRAITE PRINCIPALE DU CONJOINT

Caisse(s) Numéro

Montant (mois)

.....
.....

RETRAITES COMPLEMENTAIRES DU CONJOINT

Caisse(s) Numéro

Montant (mois)

.....
.....
.....
.....

AUTRES RESSOURCES

- Pension d'invalidité
- Pension d'invalidité de guerre
- Pension de veuve de guerre
- Allocation compensatrice pour tierce personne
- Majoration pour tierce personne
- Allocation adulte handicapé
- Revenus fonciers
- Rentes viagères
- Rente accident du travail
- Pension alimentaire

Montant (mois)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERSONNES A CONTACTER (FAMILLES, AMIS)

| NOM | PRENOM | ADRESSE | TELEPHONE |
|-----|--------|---------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ETABLISSEMENTS DE VOTRE SECTEUR

*Numérotez vos choix par ordre de préférence.

| EHPAD PUBLIC | EHPAD PRIVE |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EHPAD - Pierre Masseboeuf - BELLERIVE | <input type="checkbox"/> EHPAD - La Maison des Aures - SAINT-GERMAIN-DES-FOSSES |
| <input type="checkbox"/> EHPAD - Rue Basse du Ruisseau - CUSSET | <input type="checkbox"/> EHPAD - Les Opalines - VENDAT |
| <input type="checkbox"/> EHPAD - François Mitterrand - GANNAT | <input type="checkbox"/> EHPAD - Le Lys - VICHY |
| <input type="checkbox"/> EHPAD - De GAYETTE - MONTOLDRE | <input type="checkbox"/> EHPAD - Villa Paisible - VICHY |
| <input type="checkbox"/> EHPAD - LAPALISSE | <input type="checkbox"/> EHPAD - Jeanne COULON - VICHY |
| <input type="checkbox"/> EHPAD - EBREUIL | <input type="checkbox"/> EHPAD - Orpéa - VICHY |
| <input type="checkbox"/> EHPAD - Jouhet Duranthon - ECHASSIERES | <input type="checkbox"/> EHPAD - L'HERMITAGE - BELLERIVE |
| <input type="checkbox"/> EHPAD - Les Cordeliers - LE DONJON | <input type="checkbox"/> EHPAD - Résidence le Vert Galant - VICHY |
| <input type="checkbox"/> EHPAD - Roger Besson - SAINT-GERAND-LE-PUY | <input type="checkbox"/> EHPAD - Le Puy Besseau - CUSSET |
| <input type="checkbox"/> USLD Unité de Soins de Longue Durée - CH VICHY | <input type="checkbox"/> EHPAD - Orpéa - LE VERNET <input type="checkbox"/> EHPAD - Résidence du Parc - LE MAYET DE MONTAGNE |

**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 famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

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

| | | |
|---------|------------------------------|------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Cécité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Surdité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

OUI NON

**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 | | | | |

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

| | OUI | NON |
|-------------------|-----|-----|
| Soins d'ulcère | | |
| Soins d'escarres | | |
| Localisation | | |
| Stade | | |
| Durée du soin | | |
| Type de pansement | | |

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 | | |

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