



*”L’Oustaou
de Zaou”*

Residence Retraite



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale



N° 14732*01

**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

RESIDENCE OUSTAOU DE ZAOU

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

96 Chemin des prés - Quartier chemin neuf - BP1

83630 AUPS

☎ 04 94 50 28 50

oustaou-dezaou@wanadoo.fr

Fax 04 94 70 10 30

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements 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 DES PENSIONS.

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 LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

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 (événement familial récent, décès du conjoint ...):

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

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

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 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⁽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 _____

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

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.

ANNEXE AU QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

SECURITE SOCIALE

Numéro d'immatriculation _____

Caisse et adresse _____

MUTUELLE

Numéro d'adhérent _____

Organisme et adresse _____

CMU complémentaire

Organisme et adresse _____

SI LE RESIDANT EST PAYANT

Nom , Prénom _____

Adresse de la personne chargée du règlement _____

SI LE RESIDANT EST HEBERGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

Aide sociale accordée

Numéro de l'aide sociale _____

Conseil général _____

Aide sociale est en cours

Date de dépôt _____

Numéro du récépissé _____

Conseil Général _____

REVENUS

Nature du revenu	Organisme /adresse	Numéro de pension	Montant / fréquence

SI RESIDANT BENEFICIE DE L'APA

APA accordée

Numéro _____

Conseil général _____

APA en cours

Numéro réceptionné _____

Conseil général _____

QUELQUE SOIT LE TYPE D'HEBERGEMENT

Avez-vous une retraite artisan ou commerçant type RSI ORGANIC AVA AMPI etc. ?

OUI NON Si OUI Quel Organisme ?

Etes-vous membre de la Légion d'honneur ? OUI NON

QUEL QUE SOIT LE TYPE D'HEBERGEMENT

Question au Résidant :

Acceptez vous qu'on vous prenne en photo ? OUI NON

Question à la famille ou tuteur :

Acceptez vous qu'on prenne en photo le résidant ? OUI NON

Acceptez vous que les photos prises au cours d'animations soient éventuellement affichées dans la résidence OUI NON

 dans le journal de la résidence OUI NON

 sur le site de la résidence OUI NON

DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES A RENSEIGNER :

Instructions en cas de décès

Directives anticipées relatives à la fin de vie

Désignation de la personne de confiance

Date et signature

**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 ALLERGIES Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE <input type="checkbox"/>	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE <input type="checkbox"/>	NE SAIT PAS	OUI	NON
Alcool	Si oui, préciser (localisation, etc.)			
Tabac				
Sevrage				
Préciser la date du dernier prélèvement				

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES <input type="checkbox"/>	RISQUE DE FAUSSE ROUTE <input type="checkbox"/>	REEDUCATION <input type="checkbox"/>	OUI	NON
Cécité		Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité		Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Autre (préciser)	<input type="text"/>	

**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			SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		
	A	B	OUI NON		
Transfert			Idées délirantes		
Déplacements	A l'intérieur		Hallucinations		
	A l'extérieur		Agitation, agressivité (cris...)		
Toilette	Haut		Dépression		
	Bas		Anxiété		
Elimination	Urinaire		Apathie		
	Fécale		Désinhibition		
Habillage	Haut		Comportements moteurs		
	Moyen		Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
	Bas		Troubles du sommeil		
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			

SOINS TECHNIQUES		OUI	NON
Oxygénothérapie			
Sondes d'alimentation			
Sondes trachéotomie			
Sonde urinaire			
Gastrostomie			
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

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PAR LE RESIDANT

(Article L.111-6 du Code de la Santé Publique)

Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « personne de confiance » (qui peut être votre médecin traitant, un parent ou un proche) qui sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit.

La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Je soussigné Mme, Mlle, M. :

Souhaite désigner une personne de confiance

OUI

NON

Souhaite désigner comme personne de confiance

Mme, Mlle, Mr. :

Demeurant :

Téléphone Fixe :

Téléphone Portable :

Fait à Le

Signature :

A remplir par la personne de confiance :

Je soussigné Mme, Mlle, Mr.reconnait avoir pris connaissance de l'information sur le rôle de la personne de confiance et accepte le choix de

M.

Fait à Le

Signature :

INSTRUCTIONS EN CAS DE DECES.

(A remplir par le résident)

Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Religion :

1. Personne à prévenir en cas de décès (filiation, famille, tutelle) :

Nom : Prénoms :
Adresse :
Téléphone :
Prévenir Jour Nuit

Nom : Prénoms :
Adresse :
Téléphone :
Prévenir Jour Nuit

2. Y a-t-il un contrat d'obsèques ?

Si OUI : quel organisme ? NOM
Adresse :
Téléphone :

Si NON : organisme de pompes funèbres à prévenir

Nom :
Adresse :
Téléphone :

3. Y a-t-il une concession ?

Oui Non Si OUI, le Lieu :

4. Y aura-t-il un don de corps ?

Oui Non Si OUI fournir la carte

5. Y aura-t-il une incinération

Oui Non Si OUI, le lieu :

6. Vœux particuliers

- Choix vestimentaires :
- Rite particulier :

Nous rappelons aux personnes à prévenir en cas de décès de nous laisser impérativement leurs coordonnées (adresse et téléphone) en cas de déplacement de plus de 48 heures

A.....Le.....
(Qualité et signature)

**DIRECTIVES ANTICIPEES
RELATIVES A LA FIN DE VIE**

(A rendre à l'admission)

Décret d'application 2006-119 du 06/02/2006

Je souhaite transcrire mes directives anticipées relatives à la fin de vie :

OUI

NON

En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionné ci-dessous.

Voici mes directives anticipées relatives à la fin de vie :

>

>

>

Date

Signature du résident

Mon actuelle pleine capacité de discernement est attestée par mon médecin traitant,

Le Dr.....

Date :.....

Signature du médecin traitant