

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

en vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

ETAT CIVIL

NOM & Prénom : NOM de jeune fille :

Date / lieu de naissance : / / à

Nationalité :

Situation de famille : Veuf(ve) - Marié(e) - Divorcé(e) - Célibataire - Vit maritalement *(rayer les mentions inutiles)*

Ancienne profession :

Adresse personnelle :

 | | | | |

Adresse actuelle :

 | | | | |

N° de téléphone :

COORDONNEES DE LA FAMILLE OU DE L'ENTOURAGE

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

PERSONNE REFERENTE A PREVENIR

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

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'invalidé 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)

.....

RAISONS MOTIVANT VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

☞ Aggravation de votre état de santé : Oui Non

☞ Maintien à domicile devenu difficile : Oui Non

- Logement inadapté Oui Non

- Isolement Oui Non

☞ Autres (précisez) :

☞ Votre séjour sera-t-il temporaire ? Oui Non

- Si oui, précisez la période :

☞ Date souhaitée d'admission :

☞ Avez-vous déjà séjourné dans un établissement d'accueil ?

Oui, lequel : Non

☞ Un service social vous aide t-il régulièrement dans vos démarches ? Oui Non

Coordonnées du service et de la personne

☞ Autres renseignements que vous jugerez utiles de nous communiquer :

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

☞ NOM du signataire (en lettres capitales) :

Date : Signature :

PIECES A JOINDRE

Ces pièces peuvent être facultatives au moment de l'inscription mais seront obligatoires à l'admission

A L'INSCRIPTION

- Photopies :
- Livret de famille ou carte d'identité
 - Justificatifs récents de toutes les ressources
 - Dernier avis d'imposition ou non imposition

LORS DE L'ADMISSION

- Photopies :
- Attestation d'assuré social en cours de validité (document joint à la carte vitale)
 - Carte de mutuelle
 - Carnet de soins gratuits (art 115)
 - Carte d'invalidité
 - Jugement de tutelle
 - Notification d'admission à l'Aide Sociale à l'Hébergement

Pour les personnes qui demandent à rentrer en service de Long Séjour :

- Imprimé d'engagement de payer
- Accord du médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie sur demande du médecin traitant, pour la prise en charge du forfait soins (sauf pour les personnes venant directement de l'Hôpital)

ENGAGEMENT DE PAYER

(pour les demandes d'admission en Long Séjour)

Je soussigné, M

demeurant à

n° de téléphone (domicile et travail)

m'engage à payer le forfait hébergement restant à charge pour le (mon) placement en Unité de Soins Longue Durée,

M

demeurant à

mon ou ma (lien de parenté) :

Fait à

Le

Signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

en vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

NOM : Prénom :
Sexe : F M Date de naissance : / /

Motif de demande d'admission en structure d'hébergement pour PA

- Motifs :
- Motifs médicaux Dépendance
 Motifs sociaux Autres :
- Orientation souhaitée :
- Foyer logement EHPAD
 Unité de soins longue durée

Antécédents médicaux - chirurgicaux et allergies

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

Etat actuel

Etat général :

Poids : Taille : Indice Masse Corporelle :
Clairance de la créatinine : ml/min Dénutrition : Oui Non
Ethylysme : Oui Non Tabagisme : Oui Non

Pathologies instables / fragilités (à préciser avec le type de prise en charge) :

- Troubles de la déglutition
 Pathologies broncho-pulmonaires
 Pathologies cardiaques
 Cancer évolutif
 Pathologies psychiatriques
 Pathologies neurologiques
 Chutes à répétition
 Autres

Etat cutané - escarres et ulcères :

Localisation	Stade	Taille/diamètre

Dépendance

☞ Dépendance motrice (cf grille aggir)

☞ Dépendance sensorielle

- Troubles visuels ou cécité Troubles auditifs ou surdité totale
 Troubles phasiques ou aphasie totale

☞ Dépendance psychique

Troubles cognitifs : Oui Non Diagnostic : MMS : /30

	Aucun	Léger	Important		Aucun	Léger	Important
Opposition aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de l'élan vital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement en collectivité :

.....

.....

Traitements, besoins de soins et aides techniques

☞ Médicaments et posologie

Médicaments	Posologie

Médicaments	Posologie

☞ Prépare ses médicaments seul : Oui Non - **Prend ses médicaments seul :** Oui Non

☞ Régime alimentaire prescrit :

☞ Kinésithérapie : Oui Non

- ☞ IDE :** Sonde naso gastrique Sonde urinaire Stomie
- Oxygène Assistance respiratoire Trachéotomie
- Dialyse péritonéale ou Hémodialyse Transfusions itératives
- Pansements - durée : BMR : localisation

☞ Aides techniques :

- Fauteuil roulant Déambulateur Matériel de transfert
- Lit médicalisé Matelas (indiquer le type) :
- Périmètre de marche : m Autres (appareillage, ...) :

Grille AGGIR

(Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)

NOM : Prénom :

Date de naissance : / /

(A : fait seul totalement et habituellement et correctement - B : fait partiellement - C : ne fait pas)

			A	B	C
01	COHERENCE	Converser et se comporter de façon logique et censée			
02	ORIENTATION	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
03	TOILETTE Haut	Concerne l'hygiène corporelle du HAUT (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffure)			
	Bas	Concerne l'hygiène corporelle du BAS (membres inférieurs, pieds, régions intimes)			
04	HABILLAGE DESHABILLAGE PRESENTATION Haut	Vêtements pass�es par les bras et/ou la tête			
	Moyen	Fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture �clair, ceinture, bretelles, pressions			
	Bas	Vêtements pass�es par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures...			
05	ALIMENTATION Se servir	Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre...			
	Manger	Manger les aliments pr�epar�es, les porter à la bouche et les avaler			
06	ELIMINATION Urinaire	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire			
	Anale	Assumer l'hygiène de l'élimination fécale			
07	TRANSFERTS	Se lever, se coucher, s'asseoir ; passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens			
08	DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...			
09	DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
10	COMMUNICATION A DISTANCE	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...			

IMPORTANT :

Nous nous réservons le droit de vous réadresser le patient si l'état clinique ne correspond pas aux renseignements.

SECRET MEDICAL :

Dossier médical à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin responsable de l'établissement d'accueil

Fiche remplie par le Docteur : Date : / /

Signature :

.....

Cachet du médecin ou du service :

.....

Nom du médecin traitant à domicile :

.....

Nom des médecins spécialistes :

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

Cadre réservé au médecin de l'établissement d'accueil

Accord : Oui Non

Date : / /

Observations :

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

Nom du médecin : Signature :