

Document médical confidentiel - à mettre sous pli confidentiel

1 PERSONNE CONCERNEE

NOM/PRENOM

Date de naissance

2 MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin / retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

autres (préciser) :

3 TAILLE

m

POIDS

kg

4 FONCTIONS SENSORIELLES

oui non

Cécité

Surdité

5 RISQUE DE FAUSSE ROUTE

oui non

6 REEDUCATION

oui non

kinésithérapie

orthophonie

autres (préciser)

7 DONNEES SUR L'AUTONOMIE*

	A	B	C
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"/>
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"/>

8 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"/>

9 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"/>

10 PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

	oui	non
soins d'ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
localisation:	<input type="text"/>	
stade:	<input type="text"/>	
durée du soin:	<input type="text"/>	
type de pansement:	<input type="text"/>	

11 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 (préciser):	<input type="text"/>	

12 ANTECEDENTS

médicaux :

chirurgicaux :

13 GERE SEUL SON TRAITEMENT

oui non

14 ALLERGIES (DONT MEDICAMENTEUSES)

oui non

Si oui, préciser :

15 PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

ne sait pas oui non

Si oui, préciser (localisation, etc) :

16 PATHOLOGIES ACTUELLES

17 AUTRES SOINS

oui non

soins palliatifs **18 CONDUITES A RISQUE**

oui non

alcool tabac sevrage

autres (préciser) :

19 MEDECIN TRAITANT

NOM / PRENOM

Commune

N°de téléphone

mèl:

20 TRAITEMENTS EN COURS

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

**21 COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS
EVENTUELLES**

22 DATE

**NOM ET FONCTION DU MEDECIN
QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER**

SIGNATURE

* A - fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

B - fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

C - ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement



Éléments à prévoir pour l'inscription définitive

- 1 photocopie de la Carte Nationale d'identité *ou* tout autre document d'identité
- La Carte vitale
- L'attestation carte vitale
- Carte de mutuelle
- Livret de famille
- Dernier avis d'imposition
- Dernier avis de taxe foncière
- Titres de pension correspondants à l'avis d'imposition
- Ordonnance médicale en cours
- 1 chèque de retenue de garantie d'un montant égal 30 jours de facturation
- Ordonnance du juge des tutelles désignant le tuteur ou le curateur (*le cas échéant*)

Une personne de son entourage a-t-elle procuration sur son compte ?

- oui
- non

Nom de la personne :

qualité :

Date de la procuration :

***Signature de la
personne qui
détient la
procuration :***

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements auprès desquels vous souhaitez entrer.

Ce dossier comprend :

° un volet administratif renseigné par vos soins ou ceux d'une personne habilitée pour le faire (travailleur social etc.)

° un volet médical, daté et signé de votre médecin traitant ou d'un autre médecin, à mettre sous pli confidentiel comportant la mention "dossier médical" ainsi que votre nom.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes :

° le dernier avis d'imposition ou de non-imposition ,

° les justificatifs des pensions.

Au moment de l'entrée en établissement, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires vous sera demandé.

NB : Si vous souhaitez obtenir des renseignements complémentaires (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie), vous pouvez contacter le conseil général de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, vous pouvez contacter le conseil général de ce département,

Pour imprimer correctement ce dossier, avant de lancer l'impression :

dans la boîte de dialogue « imprimer », section « Type d'échelle » : choisir « **aucune** »

Et choisir « **rotation automatique de la page** »

Si l'imprimante est équipée pour imprimer **recto/verso** : choisir cette option et « **retourner sur les bords longs** »

cette dernière page n'a pas besoin d'être transmise aux EHPAD et donc son impression est facultative