

// **VOLET « CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS »**

Une page à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme...)

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

INDIQUEZ PAR ORDRE DE PRIORITÉ LES ÉTABLISSEMENTS OÙ VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCUEILLI

| | | |
|-----------------------------|------------------------|--|
| 1^{er} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |

| | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| 2^{ème} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |

| | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| 3^{ème} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |

| | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| 4^{ème} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |

| | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| 5^{ème} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |



cerfa
N°14732*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

| Hébergement permanent | Hébergement temporaire |
|--|---|
| Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ | Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ |
| Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ | Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ |
| | Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____ |
| Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

| Accueil de jour | Accueil de nuit |
|---|---|
| Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ | Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ |
| Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ | Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ |
| Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ___ / ___ | Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ___ / _____ |
| Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;
Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- ☐ Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- ☐ Photocopie du livret de famille
 - Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
- ☐ Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- ☐ Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
 - Justificatifs attestant du montant de retraite
- ☐ Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
 - Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
 - Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
 - Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____
Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 2

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email

@

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

| |
|--|
| |
| |

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email

@

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez : _____
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur Madame

Demande urgente OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____
Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

| | |
|--|---|
| | ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|--|---|

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amaigrissement récent²

| | |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|

| Conduite addictive | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | |

| Déficiences sensorielles ³ | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile | | |

| Rééducation | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) | | |

Risque de chute

| | |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|

Risque de fausse route

| | |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|

Soins palliatifs

| | |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies

| | | |
|-------------------------------|-----|--------------------|
| Oui | Non | si oui, précisez : |
| | | |
| Oui | Non | si oui, précisez : |
| Ne sait pas | | |
| date du dernier prélèvement : | | |

Portage de bactérie multi résistante

| Données sur l'autonomie | | A ¹ | B ² | C ³ |
|--|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher) | | | | |
| Déplacement | À l'intérieur | | | |
| | À l'extérieur | | | |
| Toilette | Haut | | | |
| | Bas | | | |
| Élimination | Urinaire | | | |
| | Fécale | | | |
| Habillage | Haut | | | |
| | Moyen | | | |
| | Bas | | | |
| Alimentation | Se servir | | | |
| | Manger | | | |
| Alerter | | | | |
| Orientation | Temps | | | |
| | Espace | | | |
| Cohérence | Communication | | | |
| | Comportement | | | |

| Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴ | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Idées délirantes | | |
| Hallucinations | | |
| Agitation, agressivité | | |
| Dépression, dysphorie | | |
| Anxiété | | |
| Exaltation de l'humeur/dysphorie | | |
| Apathie, indifférence | | |
| Désinhibition | | |
| Irritabilité/Instabilité de l'humeur | | |
| Comportement moteur aberrant : | | |
| - déambulations pathologiques | | |
| - gestes incessants | | |
| - risque de sorties non accompagnées | | |
| Troubles du sommeil | | |
| Troubles de l'appétit | | |

| Appareillages | Oui | Non |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Fauteuil roulant | | |
| Lit médicalisé | | |
| Matelas anti-escarres | | |
| Déambulateur / canne | | |
| Orthèse | | |
| Prothèse (dont prothèse dentaire) | | |
| Pacemaker | | |
| Autres (précisez) : | | |

| Pansements ou soins cutanés | Oui | Non |
|-----------------------------|-----|-----|
| - Soins d'ulcère | | |
| - Soins d'escarres | | |
| Localisation : | | |
| Stade : | | |

| Soins techniques | Oui | Non |
|-----------------------|-----|-----|
| Oxygénothérapie | | |
| - Continue | | |
| - Non continue | | |
| Sondes d'alimentation | | |
| Sondes trachéotomie | | |
| Sonde urinaire | | |
| Gastrostomie | | |

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

| | | |
|--|--|--|
| Colostomie | | |
| Urétérostomie | | |
| Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI) | | |
| Chambre implantable / PICC Line | | |
| Dialyse péritonéale | | |
| Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>) | | |

| |
|---|
| Durée du soin : |
| Type de pansement (<i>préciser</i>) : |

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

ORIENTATION

- Vous vous repérez dans les moments de la journée : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les moments de l'année : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les lieux habituels : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans des lieux Inconnus : Oui Avec difficulté Non

SOMMEIL

Votre sommeil est : Correct Correct avec un traitement Difficile

CONTINENCE

- Utilisez-vous des protections : Oui, le jour Oui, la nuit Non
- Si oui, vous les gérez seul(e) : Oui Non

ALIMENTATION

- Vous mangez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous servez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Votre repas doit être : Mixé Haché De texture normale

Précisions éventuelles : _____

Nom de la personne ayant renseigné le volet Autonomie : _____

Fonction ou qualité si cette personne n'est pas le demandeur : _____

Date : _____

Signature