



RESIDENCE DE LA HAUTE PORTE  
E.H.P.A.D.  
59, Rue de Guizelin - 62340 GUINES  
Tél. 03 21 46 41 41  
Fax 03 21 46 41 10  
e-mail : mdrguines@wanadoo.fr

**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

**NOM DE LA PERSONNE CONCERNEE :**

**CADRE RESERVE A L'ETABLISSEMENT**

Visite de Pré-admission : Avis du médecin coordonnateur

Le :

Signature

## 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 (ASSISTANTE SOCIALE, 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 EXERCANT 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.**

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES SERA DEMANDE (CARTE VITALE, CARTE DE MUTUELLE, ETC.).

UNE PROVISION DE 1000€ EST DEMANDEE A L'ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT, ELLE EST RESTITUEE LORS DE LA SORTIE DEFINITIVE PAR LE TRESOR PUBLIC SOUS RESERVE DE FOURNIR LES PIECES JUSTIFICATIVES.

**NB :** POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, 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 par le nom d'usage)*

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Pays ou département : .....

Nom de la caisse de sécurité sociale et n° d'immatriculation : .....

Nom et n° de mutuelle : .....

**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**

Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  OUI  NON  En cours   
Sauvegarde de justice  Mandat de protection future

**CONTRAT OBSEQUES :** OUI  NON

**CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION** (évènement familial récent, décès du conjoint...) :

---

**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL** (personne qui s'occupe des intérêts d'une autre)

Civilité : Monsieur  Madame

**NOM de famille (de naissance) :** .....  
*(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)*

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Pays ou département : .....

**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 : .....

**PERSONNE DE CONFIANCE** (personne dotée de 3 missions : elle accompagne à sa demande l'intéressé dans ses démarches de santé (y compris les consultations médicales), elle aide l'intéressé à mieux comprendre ce qui s'est passé lors de ces démarches, elle transmet à l'équipe médicale les volontés de l'intéressé qui serait devenu hors d'état de s'exprimer (démence).

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 par le 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  Accueil couple souhaité OUI  NON

Hébergement temporaire  Durée du séjour pour l'hébergement temporaire : .....

Chambre à 1 lit  Chambre à 2 lits  Sans importance :

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD/SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Autre (précisez) : .....

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<sup>(1)</sup>

**NOM de famille (de naissance)** : .....  
(suivi, s'il y a lieu par le 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 : .....

---

<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>

**NOM de famille (de naissance) :** .....  
(suivi, s'il y a lieu par le 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  n° de dossier :      NON       Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS)      OUI  n° de dossier :      NON       Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie\*      OUI  n° de dossier :      NON       Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne      OUI       NON

### COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :      Immédiat       Dans les 6 mois       Echéance 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.

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

**DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur  Madame

**NOM de famille (de naissance) :** .....  
*(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)*

Prénom(s) : ..... Taille : ..... Poids : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Pays ou département : .....

**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

Alcool	
Tabac	
Sevrage	

- **PORTAGE DE BACTERIES MULTIRESISTANTES :** OUI  NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

**FONCTIONS SENSORIELLES :** OUI  NON       Cécité : OUI  NON       Surdité : OUI  NON   
**RISQUE DE FAUSSE ROUTE :** OUI  NON   
**REEDUCATION :** OUI  NON       Kinésithérapie : OUI  NON       Orthophonie : OUI  NON

AUTRE (préciser) : .....

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOSSIER 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				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i> )		
Troubles du sommeil		

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		
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 : .....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard : .....

Code postal : ..... Commune/Ville : .....

Date / /

Cachet du médecin  
Signature