



**DOSSIER UNIQUE DE PRÉ-INSCRIPTION**

# **ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES**

**HÉBERGEMENT TEMPORAIRE OU HÉBERGEMENT  
PERMANENT**

**ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES  
ÂGÉES (EHPA)**

**PETITES UNITÉS DE VIE (PUV OU MAPA)**

**ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES  
ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

**UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD)**

Madame, Monsieur,

Vous allez effectuer une demande de pré-inscription auprès d'un ou plusieurs établissements. Les informations recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique qui vous évite de déposer plusieurs dossiers, permet d'informer rapidement les établissements que vous avez choisis et d'assurer le suivi de votre demande. Les destinataires de ces données sont les établissements choisis et les plateformes d'information et de coordination du territoire concerné (Clic).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant aux établissements choisis ou à la plateforme d'information et de coordination de votre secteur (Clic). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

## // 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**

<b>1<sup>er</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

<b>2<sup>ème</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

<b>3<sup>ème</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

<b>4<sup>ème</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

<b>5<sup>ème</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	



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



**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

**RESERVE A L'ETABLISSEMENT**

## 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.

# // VOLET ADMINISTRATIF

Trois pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin

## 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 (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

### ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

**À NE REMPLIR QUE SI VOUS ÊTES SOUS TUTELLE,  
CURATELLE, MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

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'ÉTABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

**PERSONNE DE CONFIANCE** **À NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DÉSIGNÉ PAR ÉCRIT UNE PERSONNE DE CONFIANCE (article L.1111-6 du Code de la santé publique)**

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 / SAD<sup>1</sup>  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

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

<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

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.



# // VOLET MÉDICAL en cas de demande de pré-inscription en EHPAD ou USLD, deux pages à remplir par votre médecin et à mettre sous pli confidentiel

## 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  OUI  NON  ALLERGIES  OUI  NON  Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE  OUI  NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS  OUI  NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Taille

Poids

#### FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité  OUI  NON   
Surdité  OUI  NON

#### RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI  NON

#### REEDUCATION

Kinésithérapie  OUI  NON   
Orthophonie  OUI  NON

Autre (préciser)



**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		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 (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
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		
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



## // VOLET « AUTONOMIE »

Deux pages 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(s) du demandeur : \_\_\_\_\_

Date de naissance du demandeur : \_\_\_\_\_

### TOILETTE/ HABILLEMENT

Vous faites votre toilette :

Seul(e)  Avec une aide partielle  Avec une aide complète

Vous vous habillez ou déshabillez :

Seul(e)  Avec une aide partielle  Avec une aide complète

### TRANSFERTS/ DÉPLACEMENTS

Vous vous levez du lit seul(e) :  Oui  Avec difficulté  Non

Vous vous mettez (couchez) au lit seul(e) :  Oui  Avec difficulté  Non

Vous vous asseyez au fauteuil seul(e) :  Oui  Avec difficulté  Non

Vous prenez un ascenseur seul(e) :  Oui  Non

Vous montez et descendez les escaliers seul(e) :  Oui  Non

Vous marchez seul(e) :  Oui  Non

Vous marchez avec le soutien d'une canne :  Oui  Non

Vous marchez avec le soutien d'un déambulateur :  Oui  Non

Vous utilisez un fauteuil roulant par intermittence :  Oui  Non

Vous utilisez un fauteuil roulant en permanence :  Oui  Non

### COHÉRENCE

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

Oui  Avec difficulté  Non

Vous vous occupez seul (e) de la prise de vos médicaments (dose et horaire) :

Oui  Avec difficulté  Non

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros...

Oui  Avec difficulté  Non

Vous pouvez vous exprimer et converser :

Oui  Avec difficulté  Non

**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