



N° 14732*01

Ministère des affaires sociales et de la santé

**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 (3 pages) RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- ° UN VOLET MEDICAL (2 pages), 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 D'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 A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 pages)

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☒

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

PENGLAOU ep. veuve LANGLOIS

Prénom(s)

Simone, Germaine

Date de naissance 12/10/1927

Lieu de naissance PARIS (12)

Pays ou département 75

N° d'immatriculation 2271075112366

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Résidence LES FONCEAUX, 18 Rue de CHEVREUSE

Code postal 78570

Commune/Ville

ANDRESY

Téléphone fixe 01 - 39 - 74 - 02 - 19

Téléphone portable - - - - -

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ Vit maritalement ☒ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf (ve) ☒ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s) 2

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 (Par exemple, événement familial récent, décès du conjoint ...) :

Conseil de l'équipe médicale et sociale lors d'un traitement en clinique de rééducation.
Entrée en clinique début août 2015, non sortie à ce jour (11/9/2015)

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL ¹

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

¹ En cas de mesure de protection juridique

PERSONNE DE CONFIANCE ¹

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)

LANGLOIS

Prénom(s)

Gerard, Andrie

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

66 HENT LESTREZIVIT

Code postal

29170

Commune/Ville

FOUESNANT

Téléphone fixe 09 - 54 - 87 - 37 - 60

Téléphone portable 06 - 33 - 00 - 63 - 70

Adresse email

gerard.langlois2@spr.fr

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

fils de M^{me} PENGLAOU veuve LANGLOIS

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 ² ☒ Accueil de jour ☐

Autre (préciser)

En clinique de Rééducation depuis début Août

Dans tous les cas préciser le nom
de l'établissement ou du service

Clinique : MGEN 1 Av. Molière Maisons Laiffa (78)
SSIAD : Richard Garnier

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)

LANGLOIS

Prénom(s)

Gerard, Andrie

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

66 HENT LESTREZIVIT

Code postal

29170

Commune/Ville

FOUESNANT

Téléphone fixe 09 - 54 - 87 - 37 - 60

Téléphone portable 06 - 33 - 00 - 63 - 70

Adresse email

gerard.langlois2@spr.fr

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

fils

¹ Personne désignée conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

² 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⁽²⁾

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 d'autonomie* OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

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

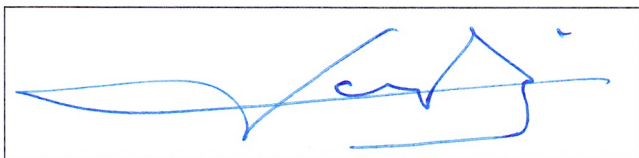
COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT ☐ DANS LES 6 MOIS ☒ ECHEANCE PLUS LOINTAINE ☐

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ___/___/___

Date de la demande : 11 / 09 / 2015

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.

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)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

LANGLOIS

Prénom(s)

Simone

Date de naissance

12/10/1927

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

Maladie de Parkinson.
Maladie coronarienne stable

PATHOLOGIES ACTUELLES

Altération fonctionnelle
et aggravation des troubles
cognitifs.

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

feuille jointe.

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

Tabac

Sevrage

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI ☒ NON

Cécité

OUI ☐ NON

Surdité

OUI ☐ NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI ☐ NON

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

OUI ☒ NON

OUI ☐ NON

OUI ☐ NON

**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				X
Déplacements	A l'intérieur			X
	A l'extérieur			X
Toilette	Haut			X
	Bas			X
Elimination	Urinaire			X
	Fécale			X
Habillage	Haut			X
	Moyen			X
	Bas			X
Alimentation	Se servir		X	
	Manger	X		
Orientation	Temps			X
	Espace			X
Communication pour alerter				X
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

	OUI	NON
Soins d'ulcère		X
Soins d'escarres		X
Localisation		X
Stade		X
Durée du soin		X
Type de pansement		X

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	OUI	NON
Idées délirantes		X
Hallucinations		X
Agitation, agressivité (cris...)	Parfois	X
Dépression		X
Anxiété		X
Apathie		X
Désinhibition		X
Comportements moteurs		X
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		X
Troubles du sommeil		X

SOINS TECHNIQUES

	OUI	NON
Oxygénothérapie		X
Sondes d'alimentation		X
Sondes trachéotomie		X
Sonde urinaire		X
Gastrostomie		X
Colostomie		X
Urétérostomie		X
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		X
Chambre implantable		X
Dialyse péritonéale		X

APPAREILLAGES

	OUI	NON
Fauteuil roulant	X	
Lit médicalisé	X	
Matelas anti-escarres		X
Déambulateur	X	
Orthèse		X
Prothèse		X
Pace-maker		X
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

- Maladie de Parkinson mal équilibrée (non observance du traitement provoquant ou dosage ou sous dosage)
- Démence (au général calme)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom HAULOT Prénom(s) Arthur

ADRESSE

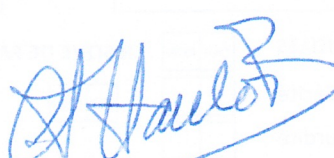
N° Voie, rue, boulevard 1 avenue Molière

Code postal 78600 Commune/Ville Norman laffitte

Date 03/09/2015

Signature

cachet du
médecin



Docteur Arthur HAULOT

Chef de Service Médecine Physique et Réadaptation

N° RPPS : 1000 052 4156

CeSSRI MGEM

78094 Maisons-Laffitte Cedex

N° d'identification : 780150017

Ordonnance N°00002475 - Feuille de traitement du 03/09/2015 au 09/09/2015 (Dernier contrôle effectué le 01/09/2015)

Patient : ME LANGLOIS Simone née PENGLOU	Prescripteur : DR. JEAN-ARTHUR HAULOT
Né(e) le : 12/10/1927	Unité M. : NT2
N° Doss. : 15011243	Lit n° : 208
Poids (kg) : 0,00	Ch n° : 208
T. (cm) : 0	Diag. Pr. :
Entrée le : 10/08/2015 à 13:18	Diag. As. :
Sortie le :	

Préparation		Je 03/09/2015		Ve 04/09/2015		Sa 05/09/2015		Di 06/09/2015		Lu 07/09/2015		Ma 08/09/2015		Me 09/09/2015	
Période	Sig.	UP		08	12	18	21	08	12	18	21	08	12	18	21
07/08/2015 - 13:00	NSN	MOVICOL SACHET 20 Du Vendredi 07/08/2015 à 13:00 - 1 sachet - par Voie orale - Matin - Tous les jours - En traitement de fond		1								1			
Observations :															
07/08/2015 - 13:00	NSN	PANTOPRAZOLE ACTAVIS 20MG substitué à MOPRAL 20MG GELULE 28 (1 comprimé pour 1 gélule) Du Vendredi 07/08/2015 à 13:00 - 1 comprimé - par Voie orale - Soir - Tous les jours - En traitement de fond		1				1				1			1
Observations :															
28/08/2015 - 13:00	JHT	SINEMET 100MG/10MG CPR SECABLE 100 Du Vendredi 28/08/2015 à 13:00 - 1 comprimé - par Voie orale - Matin - Tous les jours - Pendant 2 Jour - Au Dimanche 30/08/2015 à 08:00		1 (TL C)	1										
16/10/2015 - 08:00	JHT	Du Dimanche 30/08/2015 à 08:01 - 1 comprimé - par Voie orale - Matin et soir - Tous les jours - Pendant 2 Jour - Au Mardi 01/09/2015 à 08:00 Du Mardi 01/09/2015 à 08:01 - 1 comprimé - par Voie orale - Matin, midi et soir - Tous les jours - Pendant 1 45 jours - Au Vendredi 16/10/2015 à 08:00		1 (TL C)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Observations :															
07/08/2015 - 12:00	NSN	TAHOR 10MG CPR 50 Du Vendredi 07/08/2015 à 12:00 - 1 comprimé (10 mg) - par Voie orale - Matin - Tous les jours - En traitement de fond		1 (TL C)			1		1				1		1
Observations :															
Voie rectale															
27/08/2015 - 10:00	JHT	NORMACOL LAVEMENT AD 130ML Du Jeudi 27/08/2015 à 10:00 - 1 lavement - par Voie rectale - 1 prise(s) à des heures à préciser lors de l'administration - Tous les jours - Pendant 1 Quinzaine - Si besoin - Au Vendredi 11/09/2015 à 09:59		1											
11/09/2015 - 09:59	JHT														
Observations :															