

Dossier **ADMINISTRATIF** et **MÉDICAL** unique de demande d'admission en **EHPAD** (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)
(art D312-155-1 du code de l'action sociale et des familles)

Informations importantes

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 la personne souhaite entrer.

Ce dossier comprend :

- **un volet administratif**, renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée à le faire (travailleur social etc.) Ce dossier est à déposer ou à adresser à l'établissement à l'attention de Madame Sylvie KWIATKOWSKI (☎ 03 22 96 40 41) ou de Madame Sylviane FINAZ (☎ 03 22 96 41 56), bureau des admissions EHPAD, par courrier ou par fax (☎ 03 22 96 47 32).
- **un volet médical**, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, à transmettre au Docteur Gabriel DARRAS, médecin coordonnateur, par courrier sous pli confidentiel comportant la mention "dossier médical" ainsi que votre nom, ou par fax (☎ 03 22 96 41 57).

Le dépôt de dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et en aucun cas pour une admission confirmée.

Volet MÉDICAL (ADM-E-018 – version 5 - octobre 2016)

PERSONNE CONCERNÉE

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

MOTIF DE LA DEMANDE

- Changement d'établissement
- Fin / retour d'hospitalisation
- Maintien à domicile difficile
- Autre(s) :

MENSURATIONS

Taille : cm Poids : kg

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité oui non
Surdité oui non

RÉÉDUCATION

Kinésithérapie oui non

Orthopédie oui non

autre(s) :

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

oui non

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE

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

B – fait partiellement : non spontanément et/ou partiellement et/ou non habilleme nt et/ou correctement

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

		A	B	C
Transfert				
Déplacements	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	haut			
	bas			
Élimination	urinaire			
	fécale			
Habillage	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

- Idées délirantes oui non
- Hallucinations oui non
- Agitation, agressivité (cris...) oui non
- Dépression oui non
- Anxiété oui non
- Apathie oui non
- Désinhibition oui non
- Comportement moteur aberrant
dont déambulation pathologique oui non
- Troubles du sommeil oui non

SOINS TECHNIQUES

- Sondes à oxygène oui non
- Sondes d'alimentation oui non
- Sonde trachéotomie oui non
- Sonde urinaire oui non

- Gastrostomie oui non
- Colostomie oui non
- Urétérostomie oui non
- Appareillage ventilatoire oui non
- Chambres implantables oui non
- Dialyse péritonéale oui non

APPAREILLAGES

- Fauteuil roulant oui non
- Lit médicalisé oui non
- matelas anti-escarres oui non
- Déambulateur oui non
- Orthèse oui non
- Prothèse oui non
- Pacemaker oui non
- Autres (préciser)

PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉS

- Soins d'ulcère oui non
- Soins d'escarres oui non
- Localisation :
- Stade :
- Durée du soin :
- Type de pansement :

ANTÉCÉDENTS

Médicaux :

.....

Chirurgicaux :

.....

TRAITEMENT

Gère seul(e) son traitement oui non

ALLERGIES (dont médicamenteuses)

oui non Si oui, préciser :

.....

PORTEUR DE BMR (bactérie multirésistante)

oui non Si oui, localisation :

PATHOLOGIES ACTUELLES

.....
.....
.....
.....
.....

AUTRES SOINS

soins palliatifs : oui non

CONDUITES À RISQUE

- alcool : oui non
- tabac : oui non
- sevrage : oui non
 autres, préciser :

MÉDECIN TRAITANT

Nom / Prénom :
Commune :
N° de téléphone :/...../...../...../.....
Email :@.....

TRAITEMENTS EN COURS

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

.....
.....
.....
.....
.....

COMMENTAIRES / RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES

.....
.....
.....
.....

Nom et fonction du médecin ayant rempli ce dossier : Dr

.....

Date :/...../.....

Signature