



**RESIDENCE DES 3 LACS**  
**AVENUE DU LAC**  
**82230 MONCLAR DE QUERCY**  
**TEL : 05 63 25 16 00**  
**FAX : 05 63 25 16 01**

**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 DU RESIDENT :

.....

Prénom :

.....

**Cadre réservé à l'administration**

**Date de retour du dossier :**

## **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 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.**

**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.

## **VACCINATION**

Dernières vaccinations et date (ou année) de vaccination :

Pneumo 23 Date.....

Tétanos

Grippe(s)

Autre(s)

## **PIECES A JOINDRE ET A FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER MEDICAL**

La fiche médicale d'admission (Fiche jointe)

Un certificat médical de non contagion(fiche jointe)

Recueil des habitudes de vie

Fiche d'autonomie(fiche jointe)

Evaluation gériatrique par l'entourage GERRI (fiche jointe)

Formulaire de désignation de la personne de confiance(fiche jointe avec livret explicatif)

Les directives anticipées(fiche jointe)

Instruction en cas de décès(fiche jointe)

# INSTRUCTIONS EN CAS DE DECES

(A remplir par le résident)

Nom : .....  
Prénoms : .....  
Nom de jeune fille:.....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Religion : .....

1. Personne à prévenir en cas de décès (filiation, famille, tutelle) :

Nom : ..... Prénoms : .....  
Adresse :  
.....  
.....  
Téléphone : .....  
Prévenir                                  Jour                                  Nuit

Nom..... Prénoms : .....  
Adresse :  
.....  
.....  
Prévenir                                  Jour                                  Nuit

2. Y a-t-il un contrat d'obsèques ?

Si OUI quel organisme :  
Nom.....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

Si NON : organisme de pompes funèbres à prévenir  
Nom : .....  
Adresse.....  
Téléphone : .....

3. Y a-t-il une concession ?  
Oui                                  Non

4. Y aura-t-il un don de corps ?  
Oui                                  Non

5. Y aura-t-il une incinération ?  
Oui                                  Non

Si Oui , le  
Lieu.....

6. Vœux particuliers :

1 Choix vestimentaires.....

2 Rite Particulier :  
.....

Nous rappelons aux personnes à prévenir en cas de décès de nous laisser impérativement leurs coordonnées (adresse et téléphone) en cas de déplacement de plus de 48 heures.

A ....., le .....  
(qualité et signature)

**AUTONOMIE PHYSIQUE**

Totale  
Partielle  
Inexistante

**AUTONOMIE PSYCHIQUE**

Totale  
Partielle  
Inexistante

ADDICTIONS :  
Autres

Tabac

Alcool

SOINS DE BASE		OUI	NON	Fréquence/semaine
	kinésithérapeute			
	infirmière			
	Aides-soignantes			
	Autres professionnels			

Ostéoporose (traitement injectable)

oui non

Continence

oui non

Sonde urinaire

oui non

Régime alimentaire

oui non

Sonde gastrique

oui non (si oui joindre prescription)

Pace Maker

oui non (si oui date et lieu de la prochaine

consultation)

Oxygénothérapie

oui non

Pansement

escarres ulcère Autres(préciser)

Localisation.....

Protocole.....

Vaccination : Dernières vaccinations et date(ou année) de vaccination :

Pneumo 23 Date.....

Tétanos.....

Grippe(s).....

Autre(s)

TRAITEMENT : A remplir et fournir la dernière ordonnance

**FICHE MEDICALE D'ADMISSION**

A remplir par le médecin effectuant la demande  
A remettre dans l'enveloppe « Dossier médical d'admission confidentiel » ci-jointe.

IDENTITE

NOM.....Prénom.....

Date de naissance...../...../.....

Sexe    M                    F

MOTIFS justifiant la demande d'admission(plusieurs réponses possibles)

Volontaire                    Perte d'autonomie                    Problème social  
Trouble du comportement                    Epuisement familial

URGENCE DU PLACEMENT pour le Médecin qui remplit la demande

Accueil urgent(l'urgence prime sur l'établissement)  
Accueil dès que possible(choix établissement prioritaire sur le délai)  
Plusieurs établissements contactés  
Commentaires :

CONSENTEMENT DE L'INTERESSE

Obtenu  
Non obtenu  
Ne peut s'exprimer  
Résigné

ALLERGIES    OUI                    NON

Si OUI préciser : .....

.....

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur.....

Adresse.....  
.....

Certifie, après l'avoir examiné que

M.....  
.....est exempt(e) de maladie contagieuse.

Son état de santé actuel lui permet, sans contre-indication, de vivre en collectivité.

A.....le.....

Cachet et signature

### A L'ATTENTION DU MEDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER

Pour assurer la continuité des soins de ce(tte) résident(e), nous vous demandons de joindre à ce dossier, outre les renseignements demandés :

1. Les résultats d'analyse biologiques, radiologiques, qui vous semblent significatifs.
2. Biologie récente et en particulier pour éviter des redondances : NFS-CRP-Créatinine-Ionogramme-TSH-Albumine-Vit D-B12-Folates
3. Un certificat attestant que la personne ne présente aucune maladie pouvant contre indiquer une vie en collectivité(fiche jointe)
4. Motifs ALD+ double PIRES si possible
5. Tout élément qui peut vous sembler significatif
6. pour les personnes relevant d'une unité Alzheimer, joindre un certificat médical ainsi que les évaluations neurologiques émanant du neurologue



## **RECUEIL DES HABITUDES DE VIE**

(A remplir par le résident ou la famille)

NOM (du résident).....

Prénom.....

*Pour répondre cocher la case correspondante*

### ***Vos conditions de vie***

*Vous vivez seul(e)*

*En famille*

*Dans un autre établissement*

*En ville*

*A la campagne*

### ***Rythme journalier***

*A quelle heure vous levez-vous ? .....*

*A quelle heure vous couchez-vous ? .....*

*Avez-vous l'habitude de faire la sieste ?    OUI            NON*

### ***Hygiène***

*Aimez-vous*

*La douche*

*Le bain*

### ***Occupations et loisirs***

*La télévision*

*La lecture*

*Les activités manuelles*

*Le jardinage*

*Les activités ménagères et la cuisine*

### ***Vie sociale***

*Recevez-vous souvent des visites ?*

*Participez-vous à des rencontres(ex :club 3<sup>ème</sup> âge, pétanque...)?*

*Aimez-vous les sorties à l'extérieur(cinéma, spectacles...)?*

# FICHE D'AUTONOMIE

*A remplir par la famille et le médecin traitant*

**Nom/Prénom du résident :**

**Date :**

**Entourer la situation adéquate**

## EVALUATION GERIATRIQUE GERRI

<b>ORIENTATION</b>	Orienté dans le temps Orienté dans l'espace	Parfois désorienté dans le temps Parfois désorienté dans l'espace	Désorienté dans le temps Désorienté dans l'espace	
<b>COMPORTEMENT</b>	Comportement adapté	Comportement parfois inadapté 0-Possible agitation 1-Possible agressivité 2-Risque de fugue	Comportement totalement inadapté 3-Agitation 4-Agressivité 5-déambulation 6-Risque important de fugue.	
<b>AUDITION</b> Appareillé oui / non	Entend bien	Difficultés minimales dans un environnement bruyant	N'entend que dans certaines situations	N'entend pratiquement jamais
	Est compris	Est généralement compris (difficulté à trouver des mots)	Est parfois compris (capacité limitée à l'expression des demandes concrètes)	Rarement Jamais
	Pas de difficulté de compréhension	Trouble léger de la compréhension		
<b>VISION</b> Appareillé oui non	Bonne	Un peu déficient (ne lit que les gros caractères des journaux)	Déficiente (vision limitée ne lit pas les titres des journaux, reconnaît les objets)	Ne voit pas
<b>HUMEUR</b>	Normale	Pensées morbides répétées	Pleurs fréquents	Troubles dépressifs aigus
<b>TOILETTE</b>	Aucune aide	Supervision (surveillance seulement)	Aide partielle	Dépendance totale
<b>HABILLEMENT</b>	S'habille seul	Besoin d'aide pour se chausser	Besoin d'aide partielle	Besoin d'aide totale
<b>DEPLACEMENT</b>	Autonome	Canne/déambulateur	Fauteuil roulant	Ne se déplace pas seul
<b>ELIMINATION</b> Protection Jour/ Nuit	Pas d'incontinence	Incontinence occasionnelle Urines selles	Incontinence Nocturne Urines selles	Incontinence Totale Urines selles
<b>CHUTES</b> Barrières au lit Contention au fauteuil	Pas de chute	Démarche instable	A risque de chute	A risque important de chute
<b>ALIMENTATION</b> Appareil dentaire Haut Bas	Poids :..... Taille :.....	Mange seul Oui Non	Alimentation Normale Hachée Mixée	Troubles Déglutition Oui Non
<b>MEDICAMENTS</b>	Prend seul	Prend seul si distribution	A faire prendre	
<b>ETAT CUTANE</b> Matelas anti-escarres	Pas d'altération	sensibilité	Lésions	Escarres Ulcères
<b>SOMMEIL</b>	Dort bien	Dort avec somnifère	Troubles du sommeil	
<b>RESPIRATION</b>	Sans gêne	Essoufflement à la marche	Essoufflement au repos	Oxygénothérapie Appareil de ventilation

(A remplir par l'entourage)

NOM PRENOM

.....

SEXE.....AGE.....

EXAMINATEUR.....

LIEN DE PARENTE.....

CONSIGNES

Nous serions intéressés de savoir comment votre parent(proche ou ami), dont vous avez la charge a pu se comporter durant les deux semaines précédentes. Essayez de répondre aux questions le plus précisément possible et sachez qu'il n'y a pas de réponses justes ou fausses. Lisez attentivement chaque question et faites une croix dans la colonne qui reflète le plus votre sentiment.

	<b>Presque toujours</b>	<b>parfois</b>	<b>jamais</b>	<b>Ne sait pas</b>
<b>Se souvient du nom du conjoint ou de ceux des enfants vivant avec elle/lui</b>				
<b>Il se rase ou elle se maquille sans aide</b>				
<b>Se prépare le café, le thé ou des repas simples quand il le faut</b>				
<b>Se souvient où sont rangés de petits objets tels que clés, bijoux, portefeuille</b>				
<b>Se plaint d'être triste</b>				
<b>Remuant et agité</b>				
<b>Paye ses factures par chèque</b>				
<b>Se souvient de numéros de téléphone familiers</b>				
<b>Saisit quelques brides de nouvelles à la radio ou des fragments d'articles de journaux</b>				
<b>Se plaint d'être désespéré pour son avenir</b>				
<b>Oublie le nom d'objets courants</b>				
<b>Peut répondre aux appels téléphoniques</b>				
<b>S'égare. Quitte sa maison et ne sait plus où il habite</b>				
<b>Se souvient de détails de conversations interrompues</b>				
<b>Se débrouille avec l'argent pour faire de menues courses à l'épicerie, acheter des journaux ou des cigarettes</b>				
<b>Se plaint que son état s'est aggravé</b>				
<b>Continue à s'occuper de ses hobbies favoris</b>				
<b>Ne reconnaît pas des personnes familières</b>				
<b>Son humeur change de jour en jour, heureux un jour, triste le lendemain</b>				
<b>Oublie le jour de la semaine</b>				
<b>Sort de chezlui(elle)vêtu(e) de façon inappropriée</b>				
<b>Comportement embarrassé</b>				
<b>Oublie ce qu'il ou elle cherche</b>				
<b>Oublie des rendez-vous</b>				
<b>Se souvient de noms d'amis intimes</b>				
<b>Agit de façon infantile</b>				
<b>Continue à suivre la radio, ou voir le programme de télé favori</b>				
<b>Quand on l'interroge, semble irritable et querelleur</b>				

<b>Ne remplit pas ses tâches quotidiennes</b>				
<b>Réactions vives et nerveuses aux bruits ou lumières soudaines</b>				
<b>A des difficultés de concentration ou des troubles de l'attention</b>				
<b>Est peu sociable avec ses amis</b>				
<b>Sa mémoire est vacillante, bonne un jour , mauvaise le lendemain</b>				
<b>Se souvient de l'endroit où ses vêtements sont rangés</b>				
<b>Veut faire les choses à sa manière</b>				
<b>Habitudes alimentaires perturbées, saute des repas ou en fait deux à la suite</b>				
<b>Se souvient de fermer la porte à clé en quittant la maison</b>				
<b>Maintient des contacts téléphoniques avec ses amis</b>				
<b>Semble facilement ennuyé ou fâché</b>				
<b>Se souvient de prendre ses médicaments</b>				
<b>Se déclare optimiste pour son avenir</b>				
<b>Apparaît joyeux</b>				
<b>Oublie de fermer le gaz</b>				
<b>Paraît amical et gratifiant quand il ou elle discute en famille</b>				
<b>Est obstiné(e) et têtu(e), par exemple : refuse de prendre ses médicaments</b>				

**DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES A LA FIN DE VIE**

(A rendre à l'admission)

Décret d'application 2006-119 du 06/02/2006

Je souhaite transcrire mes directives anticipées relatives à la fin de vie :

OUI

NON

En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés ci-dessous.

Voici mes directives anticipées relatives à la fin de vie :

1

2

3

Date.....Signature du résident

Mon actuelle pleine capacité de discernement est attestée par mon médecin traitant,

Le Dr.....

Date.....

Signature du médecin traitant

**PARTICIPATION AUX SORTIES et DROITS A L'IMAGE**  
**(A remplir par la famille)**

Dans le cadre de la prise en charge des patients accueillis au sein de l'EHPAD, des animations et des sorties sont organisées à l'extérieur de l'établissement.

Les sorties sont effectuées :

- 1 à pied
- 2 en car
- 3 voiture personnelle

Afin d'assurer notre travail dans les conditions les plus favorables, nous avons besoin d'obtenir votre accord.

De plus, dans le cadre des sorties ou d'activités à visée thérapeutique(animation, ergothérapie, psychomotricité,...) des photos ou des vidéos peuvent être prises et certaines d'entre elles peuvent être diffusées en interne(affichage, journal d'établissement, ...) ou dans la presse locale.

Pour cela et en accord avec les droits de respect de la vie privée, nous vous demandons l'autorisation de diffuser les supports vidéos et photos.

Madame, Monsieur(1).....

Donne mon accord pour :

mon père                      ma mère                      mon frère  
ma sœur                      mon conjoint              ou protégé  
autres(à préciser)  
.....

Pour les activités extérieures              oui              non

Pour l'utilisation de photos et vidéos              oui              non

A.....le.....  
Signature

(1)Rayer la mention inutile

**CHOIX DES INTERVENANTS EXTERIEURS**

(A remplir par la famille)

1 MEDECIN TRAITANT : .....

2 LIEU D'HOSPITALISATION :

.....

3 KINESITHERAPEUTE :

.....

4 DENTISTE :

.....

5 OPHTAMOLOGISTE :

.....

6 AMBULANCE :

.....

7 PRESTATAIRE DE SERVICE

.....

8 PEDICURE :

.....

9 COIFFEUR

.....

Fait le .....

Signature

Rappel : ces prestations sont à la charge des familles

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Je soussigné,

.....désire faire

Préparer, délivrer en piluliers, mes ordonnances dans la mesure du possible par la

Pharmacie REVEILLON.

J'autorise la pharmacie susnommée à créer un dossier Pharmaceutique

OUI

NON

J'autorise la pharmacie susnommée à utiliser la procédure de délivrance exceptionnelle pour mes traitements chroniques.

OUI

NON

NOM : .....

PRENOM : .....

Signature :

En cas d'incapacité du patient ce courrier pourra être validé par la personne responsable.



**PIECES A JOINDRE ET A FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER  
MEDICAL**

**A l'admission**

- 1. Deux photographies d'identité**
- 2. Choix des intervenants extérieurs (Fiche jointe)**
- 3. Participation aux sorties et droits à l'image**
- 4. carte de groupe sanguin**
- 5. carte de pacemaker**
- 6. carnet de suivi diabétique**

**En cas de changement de lieu d'habitation, demander au bureau des entrées la liste des médecins intervenants dans l'établissement ainsi que la déclaration du choix du médecin traitant.**