

Madame, Monsieur,

Vous désirez rentrer ou établir une demande d'admission afin d'admettre votre parent(e) dans notre établissement, en EHPAD.

Vous venez de recevoir un dossier d'inscription et un livret d'accueil. Nous vous invitons à compléter le dossier et à faire remplir le questionnaire médical par le médecin de la personne intéressée (ou par l'établissement hospitalier en cas d'hospitalisation).

La coordinatrice du CLIC Iroise est à votre disposition pour vous informer et vous aider à remplir la demande. Elle peut également vous informer sur les démarches administratives pour le maintien à domicile, les hébergements temporaires, l'adaptation du logement, l'APA, les aides financières :

Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

Adresse : Communauté de Communes du Pays d'Iroise

L'Archipel – ZA de Kerdrioual – 29290 LANRIVOARE - ☎ 02.98.84.94.86

Messagerie : [clic-iroise@ccpi.fr](mailto:clic-iroise@ccpi.fr)

Contact : Madame Patricia BOTTA MENGANT. Elle reçoit sur rendez-vous du lundi au vendredi.

La demande d'EHPAD complétée est à déposer ou à retourner par voie postale à l'adresse suivante ou à envoyer par mail :

Centre Hospitalier Le Jeune  
Secrétariat de l'EHPAD  
17 rue de Brest – 29290 SAINT RENAN  
[hebergement@ch-saint-renan.fr](mailto:hebergement@ch-saint-renan.fr)

Les familles souhaitent généralement connaître le délai d'admission. Celui-ci est très variable et dépend d'un certain nombre de facteurs : l'état de santé de la personne, sa commune de résidence, (les personnes domiciliées dans le secteur de Saint Renan sont prioritaires), sa préférence pour une chambre individuelle ou à deux lits.....

La commission d'admission en hébergement se réunit tous les mois afin de se prononcer sur les demandes d'admission présentant un caractère d'urgence. Nous vous conseillons de nous transmettre toute information utile pour nous permettre d'évaluer le degré d'urgence de la demande. Nous attirons votre attention sur l'importance de nous faire retour du dossier complet et correctement rempli.

Vous recevrez par courrier ou mail la décision prise par la commission d'admission.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

LA DIRECTION



N° CERFA 14732\*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ**

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**Commentaire de l'établissement**

## 2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

**Attention :** Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>. Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

### Constitution du dossier :

#### Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes<sup>1</sup> :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
  
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité
  
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
  
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

**Vous pouvez également consulter le site internet [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.**

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

**NB :** Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

<sup>1</sup> Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

# DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

## 1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

**Civilité :** Monsieur  Madame

Nom d'usage   
Nom de naissance   
Prénom(s)

Date de naissance           Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

**Situation familiale** (cocher la mention utile)

Célibataire  Vie maritale  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (vé)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Présence d'un aidant<sup>1</sup> : OUI  NON

Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> : OUI  NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI  NON

## 2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile  Chez enfant/proche  Résidence autonomie  Résidence service séniors  Long séjour   
EHPAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Adresse**

N° voie, rue, boulevard

Code postal      Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

<sup>2</sup> La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

**Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ?** (cocher la mention utile)

SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  Accueil de jour  HAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)<sup>4</sup> ? OUI  NON

<b><u>Contexte de la demande d'admission</u></b> (Toute information utile à préciser)

**3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

- La personne concernée elle-même : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage	_____
Nom de naissance	_____
Prénom(s)	_____

**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard \_\_\_\_\_

Code postal      Commune/ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

Nom d'usage	_____
Nom de naissance	_____
Prénom(s)	_____

**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard \_\_\_\_\_

Code postal      Commune/ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

<sup>4</sup> Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

#### 4. PROTECTION JURIDIQUE

**Mesure de protection juridique** : OUI  NON  EN COURS<sup>1</sup>

Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  non actif

#### **État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale**

**Civilité** : Monsieur  Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement


#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

**Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI  NON

Si OUI :

Nom

Prénom

#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

<sup>2</sup> L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

<sup>3</sup> Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

<sup>4</sup> Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

**6. ASPECTS FINANCIERS** (cocher la mention utile)

**Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?**

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite :  Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI  NON
- Prestation pour tierce personne : OUI  NON

**AUTRES COMMENTAIRES**

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.

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

(à compléter par la personne concernée ou ses proches)

NOM-PRENOM DE LA PERSONNE CONCERNEE .....

➤ PROTECTION SOCIALE ET MEDECIN

- ◆ Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie et numéro de sécurité sociale :

.....  
.....

- ◆ taux de prise en charge : .....

- ◆ nom, adresse de la mutuelle et numéro d'affiliation : .....

.....

- ◆ nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....

- ◆ nom, adresse et numéro de téléphone du kinésithérapeute (si soins de kinésithérapie) :

.....

- ◆ nom, adresse et numéro de téléphone du dentiste :

.....

.....

➤ LES CONDITIONS DE VIE HABITUELLE : (barrer les mentions inutiles)

- ◆ seul(e) en domicile privé
- ◆ seul(e) dans un autre EHPAD
- ◆ en couple à domicile
- ◆ en couple dans un autre EHPAD
- ◆ en famille
- ◆ autre (préciser) : .....

➤ OU SE TROUVE LA PERSONNE ACTUELLEMENT ? : (barrer les mentions inutiles)

- ◆ hospitalisation en court ou moyen séjour (préciser l'établissement et le service) :

**l'admission en EHPAD interviendra en fonction du temps de soins infirmiers.**

.....

- ◆ autre EHPAD ou hébergement temporaire (préciser l'établissement) :

.....

- ◆ autre (préciser) :

.....

➤ QUELLE EST LA RAISON DE LA DEMANDE : (barrer les mentions inutiles)

- ◆ changement de structure
- ◆ suite hospitalisation et impossibilité de retour à domicile
- ◆ maintien à domicile difficile
- ◆ autre (préciser) : .....



➤ **LA FAMILLE :**

- ♦ coordonnées de tous vos enfants (nom, prénom, adresse, n° de téléphone, adresse messagerie) :

- .....

- .....

- .....

- .....

- ♦ coordonnées des autres proches : (nom, prénom, adresse, n° de téléphone, adresse messagerie) lien de parenté) :

- .....

- .....

- .....

- ♦ coordonnées de votre conjoint (même s'il est décédé) :

NOM-PRENOM : .....

Date de naissance :

Date de décès : .....

➤ **LES PRIX DE JOURNEE AU 01/01/2023**

Hébergement + 60 ans : 56,20 €/j (ch 1 lit)  
Hébergement + 60 ans : 47,48 €/j (ch 2 lits)  
Dépendance Gir 1-2 : 21,79 €/j  
Dépendance Gir 3-4 : 13,83 €/j  
Dépendance Gir 5-6 : 5,87 €/j

Hébergement – 60 ans : 73,41 €/j

Soit 1924,17 € en chambre individuelle pour un mois de 31 jours pour les résidents de + de 60 ans.  
Soit 1653,85 € en chambre double pour un mois de 31 jours pour les résidents de + de 60 ans.

**Frais de séjour des résidents âgés de plus de 60 ans, domiciliés dans le département du Finistère :**

le montant facturé correspond au tarif hébergement + le tarif dépendance des GIR 5/6 pour les personnes dont le revenu mensuel est inférieur à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (2635,53€ au 01/07/2022). Le revenu mensuel correspond aux chiffres figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition, divisé par 12 : retraites, capitaux mobiliers et fonciers... **L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est versée à l'établissement.** Les résidents, dont le revenu mensuel est supérieur à ce montant, règlent un supplément au titre de la dépendance, calculé par le Conseil départemental.

**Frais de séjour des résidents âgés de plus de 60 ans, domiciliés hors Finistère :** le montant facturé correspond au tarif hébergement + le tarif dépendance en totalité. Le conseil départemental de leur département d'origine verse l'APA sur leur compte personnel. Certains départements décident de verser l'APA à l'établissement. Dans ce cas, les résidents règlent leurs frais de séjour sur le même principe que les finistériens.

Les ressources personnelles de l'intéressé(e) sont-elles suffisantes pour régler les frais de séjour ?  
 oui       non

Dans la négative, l'aide sociale à l'hébergement pourra être sollicitée. L'admission à l'aide sociale entraîne généralement : la récupération des sommes engagées dès le 1<sup>er</sup> euro sur la succession de la personne bénéficiaire, l'hypothèque sur les biens de la personne bénéficiaire et l'obligation alimentaire pour les enfants, gendres et brus, père et mère.

L'aide sociale à l'hébergement sera-t-elle sollicitée ?    oui                       non

➤ **AUTRES RENSEIGNEMENTS** : (1)

– La demande d'admission en EHPAD a été effectuée à l'initiative

- de la personne elle-même
- de la famille
- autre (préciser le lien avec la personne)  .....

– Si la demande n'a pas été effectuée par la personne concernée :

- est-elle en accord avec la demande ? oui  non

L'admission dans l'établissement ne pourra avoir lieu sans le consentement de la personne concernée, après une visite d'admissibilité durant laquelle elle rencontrera les cadres de santé des résidences avec ses proches.

- **Habitudes alimentaires**

- Mange-t-elle seule ? oui  non
- A-t-elle bon appétit ? oui  non
- Aliments qu'elle n'aime pas : .....
- Suit-elle un régime ? oui  non
- si oui, lequel ? .....
- Boisson à table : .....

- Porte-t-elle une prothèse dentaire ? oui  non
- Si oui, l'appareil devra être gravé à ses noms et prénoms à l'admission

- **Hygiène**

- Se lave-t-elle seule ?
  - Douche oui  non
  - Bain oui  non
  - Toilette au lavabo oui  non
- Soins particuliers : crème, maquillage,... : .....
- Va-t-elle seule aux toilettes ? oui  non
- Utilise-t-elle des protections ? oui  non
- Si oui : Jour  Nuit

- **Habillage**

- S'habille-t-elle seule ? oui  non
- Habitudes vestimentaires : (jogging,...).....
- Est-elle frileuse ? oui  non
- Bas à varices oui  non

**- Mobilité - Sécurité**

- Marche-t-elle seule ? oui  non
- Sinon préciser le type d'aide (donner le bras, canne, déambulateur, fauteuil...)  
.....
- Précautions particulières (barrières de lit, attaches,...)  
.....

**- Communication**

- A-t-elle des handicaps ? (vue, audition...) oui  non
- Est-elle appareillée ? oui  non   
Si l'intéressé(e) porte des lunettes, celles-ci devront être gravées à ses nom et prénom, à l'admission

**- Comportement**

- Comment se comporte-t-elle ?
  - . de jour : .....
  - . de nuit : .....
  - . avec les autres (famille, voisins, amis, ...) :

**- Sommeil**

- Sieste ? oui  non
- Heure habituelle du coucher ?.....
- Qualité du sommeil : .....

**- Loisirs – Occupation**

- quels sont ses loisirs ? .....
- fume-t-elle ? oui  non

**- Acceptera-t-elle une chambre à 2 lits ?** oui  non

**- La demande est-elle urgente ?** oui  non

**- Quelle était sa dernière profession exercée ou sa profession principale ?**  
.....

- Avez-vous déposé des demandes d'admission dans d'autres établissements ?

oui  non

Si oui, dans quels établissements ?

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

- Avez-vous une préférence pour notre établissement ?

oui  non

Si oui, précisez les raisons (commune ou région d'origine, rapprochement familial, relations, etc.) :

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

- Renseignements complémentaires que vous souhaitez nous communiquer (pour permettre à la commission d'admission d'apprécier le degré d'urgence de la demande par exemple) :

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

Document complété par

Nom prénoms et lien de parenté

Date et signature

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

**Ce document doit être rempli et signé par chacun des enfants, bien vouloir effectuer des photocopies si besoin**

### **Une attestation par enfant**

Je soussigné(e) (nom de l'enfant)

Nom-Prénoms : .....

Adresse : .....

certifie avoir été informé(e) de la demande d'admission en section EHPAD du centre hospitalier Le Jeune de Saint-Renan, concernant : mon père – ma mère **(1)** désigné(e) ci-après :

Nom-Prénoms .....

Adresse.....

- m'engage à participer au règlement de ses frais d'hébergement au cas où ses ressources seraient insuffisantes. **(1)**

### **OU**

- informe l'établissement que je solliciterai une prise en charge par l'aide sociale de ses frais d'hébergement. **(1)**

L'admission au bénéfice de l'aide sociale aux personnes âgées a plusieurs conséquences : participation des obligés alimentaires, en fonction de leurs revenus, récupération sur succession de la personne bénéficiaire, hypothèque sur ses biens, recours contre donataires (renseignements auprès du conseil départemental ou du CCAS de votre commune).

Fait le

Signature

**(1) Rayer la mention inutile**

# DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

**Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil**

**Civilité :** Monsieur  Madame

Demande urgente OUI  NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

**Médecin qui renseigne le dossier**

**Nom – prénom :**

**Adresse :**

**N° de téléphone :**

**Contexte de la demande** (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile<sup>1</sup>

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : \_\_\_\_\_

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI  NON

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ? OUI  NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI  NON

**Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)**

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,  
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI  NON

**Coordonnées du médecin spécialiste :**

<sup>1</sup> Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

<sup>2</sup> Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)

**Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques**

**Pathologies actuelles et état de santé<sup>1</sup>**

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amaigrissement récent<sup>2</sup>

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :  Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles <sup>3</sup>	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute 

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route 

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs 

Oui	Non
-----	-----

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

<sup>2</sup> Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

<sup>3</sup> Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		
	date du dernier prélèvement :		

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques <sup>4</sup>	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).



Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe ( <i>morphine, insuline, ...</i> )		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement ( <i>préciser</i> ) :

**Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)**

Signature, date et cachet du médecin