



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

*32 Avenue Gambetta
91130 – Ris Orangis*

*M Saïd BENTAHAR
direction.lemanoir@teneris.fr*

adjointedir.lemanoir@teneris.fr

Tél : 01 69 43 33 99

Fax : 01 69 02 09 29

INFORMATIONS IMPORTANTES

Ce dossier comprend :

- ✓ Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social, etc.)
- ✓ Un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, **a mettre sous pli confidentiel**, qui permet notamment au médecin coordonnateur exerçant dans l'établissement d'émettre un avis circonstancié sur la capacité de l'EHPAD à prendre en charge la personne au vu du niveau de médicalisation de l'établissement.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition ;
- Les justificatifs des pensions ;
- La carte d'identité ;
- Le livret de famille ;
- L'attestation de sécurité sociale ;
- La carte de mutuelle ;
- Le jugement de protection juridique (tutelle, curatelle,) ;
- L'attestation d'assurance responsabilité civile et le cas échéant assurance dommage aux biens et objets personnels ;
- Identification du contrat d'obsèques.

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 FAMILIALECélibataire 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 **EN CAS DE DECES**Contrat d'obsèques n°

Recommandations :

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...) :**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL**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'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

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 / SAD¹ 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⁽¹⁾

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

¹ 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 FINANCIERSComment 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

--

DOSSIER MEDICAL

**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)

Prénom(s)

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 ALLERGIES Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

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

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Cécité

Surdité

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	SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Transfert				Idées délirantes		
Déplacements	A l'intérieur			Hallucinations		
	A l'extérieur			Agitation, agressivité (<i>cris...</i>)		
Toilette	Haut			Dépression		
	Bas			Anxiété		
Elimination	Urinaire			Apathie		
	Fécale			Désinhibition		
Habillage	Haut			Comportements moteurs		
	Moyen			Aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i>)		
	Bas			Troubles du sommeil		
Alimentation	Se servir					
	Manger					
Orientation	Temps					
	Espace					
Communication pour alerter						
Cohérence						

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON	SOINS TECHNIQUES	OUI	NON	APPAREILLAGES	OUI	NON
Soins d'ulcère			Oxygénothérapie			Fauteuil roulant		
Soins d'escarres			Sondes d'alimentation			Lit médicalisé		
Localisation			Sondes trachéotomie			Matelas anti-escarres		
Stade			Sonde urinaire			Déambulateur		
Durée du soin			Gastrostomie			Orthèse		
Type de pansement			Colostomie			Prothèse		
			Urétérostomie			Pace-maker		
			Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)			Autres (<i>préciser</i>)		
			Chambre implantable					
			Dialyse péritonéale					

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

Avis du médecin coordonnateur (réservé au médecin coordonnateur du Manoir)

Favorable

Défavorable

Commentaires