

# RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

## en vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

### ETAT CIVIL

NOM & Prénom : ..... NOM de jeune fille : .....

Date / lieu de naissance :     /     /     à .....

Nationalité : .....

Situation de famille : Veuf(ve) - Marié(e) - Divorcé(e) - Célibataire - Vit maritalement *(rayer les mentions inutiles)*

Ancienne profession : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Adresse actuelle : .....

.....

N° de téléphone : .....

### COORDONNEES DE LA FAMILLE OU DE L'ENTOURAGE

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° de tél. du domicile :     /     /     /     /     N° de tél. du travail :     /     /     /     /

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° de tél. du domicile :     /     /     /     /     N° de tél. du travail :     /     /     /     /

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° de tél. du domicile :     /     /     /     /     N° de tél. du travail :     /     /     /     /

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° de tél. du domicile :     /     /     /     /     N° de tél. du travail :     /     /     /     /

### PERSONNE REFERENTE A PREVENIR

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° de tél. du domicile :     /     /     /     /     N° de tél. du travail :     /     /     /     /

## RETRAITE PRINCIPALE DE L'INTERESSE

Caisse(s) ..... Numéro .....

.....

Montant (mois)

.....

## RETRAITES COMPLEMENTAIRES

Caisse(s) ..... Numéro .....

.....

.....

Montant (mois)

.....

## RETRAITE PRINCIPALE DU CONJOINT

Caisse(s) ..... Numéro .....

.....

Montant (mois)

.....

## RETRAITES COMPLEMENTAIRES DU CONJOINT

Caisse(s) ..... Numéro .....

.....

.....

Montant (mois)

.....

## AUTRES RESSOURCES

- Pension d'invalidité .....
- Pension d'invalidé de guerre .....
- Pension de veuve de guerre .....
- Allocation compensatrice pour tierce personne .....
- Majoration pour tierce personne .....
- Allocation adulte handicapé .....
- Revenus fonciers .....
- Rentes viagères .....
- Rente accident du travail .....
- Pension alimentaire .....

Montant (mois)

.....



## RAISONS MOTIVANT VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

☞ Aggravation de votre état de santé :  Oui  Non

☞ Maintien à domicile devenu difficile :  Oui  Non

- Logement inadapté  Oui  Non

- Isolement  Oui  Non

☞ Autres (précisez) : .....

☞ Votre séjour sera-t-il temporaire ?  Oui  Non

- Si oui, précisez la période : .....

☞ Date souhaitée d'admission : .....

☞ Avez-vous déjà séjourné dans un établissement d'accueil ?

Oui, lequel : .....  Non

☞ Un service social vous aide t-il régulièrement dans vos démarches ?  Oui  Non

Coordonnées du service et de la personne .....

☞ Autres renseignements que vous jugerez utiles de nous communiquer :

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

☞ NOM du signataire (en lettres capitales) : .....

Date : Signature :

# PIECES A JOINDRE

Ces pièces peuvent être facultatives au moment de l'inscription mais seront obligatoires à l'admission

## A L'INSCRIPTION

- Photopies :
- Livret de famille ou carte d'identité
  - Justificatifs récents de toutes les ressources
  - Dernier avis d'imposition ou non imposition

## LORS DE L'ADMISSION

- Photopies :
- Attestation d'assuré social en cours de validité (document joint à la carte vitale)
  - Carte de mutuelle
  - Carnet de soins gratuits (art 115)
  - Carte d'invalidité
  - Jugement de tutelle
  - Notification d'admission à l'Aide Sociale à l'Hébergement

## Pour les personnes qui demandent à rentrer en service de Long Séjour :

- Imprimé d'engagement de payer
- Accord du médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie sur demande du médecin traitant, pour la prise en charge du forfait soins (sauf pour les personnes venant directement de l'Hôpital)

# ENGAGEMENT DE PAYER

(pour les demandes d'admission en Long Séjour)

---

Je soussigné, M .....

demeurant à .....

n° de téléphone (domicile et travail) .....

m'engage à payer le forfait hébergement restant à charge pour le (mon) placement en Unité de Soins Longue Durée,

M .....

demeurant à .....

mon ou ma (lien de parenté) : .....

Fait à .....

Le .....

Signature

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

en vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

NOM : ..... Prénom : .....

Sexe :  F  M

Date de naissance : / /

## Motif de demande d'admission en structure d'hébergement pour PA

**🌀** Motifs :

- Motifs médicaux       Dépendance  
 Motifs sociaux       Autres : .....

**🌀** Orientation souhaitée :

- Foyer logement       EHPAD  
 Unité de soins longue durée

## Antécédents médicaux - chirurgicaux et allergies

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

## Etat actuel

**🌀** Etat général :

Poids : ..... Taille : ..... Indice Masse Corporelle : .....  
Clairance de la créatinine : ..... ml/min      Dénutrition :  Oui  Non  
Ethylysme :  Oui  Non      Tabagisme :  Oui  Non

**🌀** Pathologies instables / fragilités (à préciser avec le type de prise en charge) :

- Troubles de la déglutition .....  
 Pathologies broncho-pulmonaires .....  
 Pathologies cardiaques .....  
 Cancer évolutif .....  
 Pathologies psychiatriques .....  
 Pathologies neurologiques .....  
 Chutes à répétition .....  
 Autres .....

**🌀** Etat cutané - escarres et ulcères :

Localisation	Stade	Taille/diamètre

# Dépendance

**☞ Dépendance motrice** (cf grille aggir)

**☞ Dépendance sensorielle**

- Troubles visuels ou  cécité  Troubles auditifs ou  surdité totale  
 Troubles phasiques ou  aphasie totale

**☞ Dépendance psychique**

Troubles cognitifs :  Oui  Non      Diagnostic : \_\_\_\_\_ MMS : /30

	Aucun	Léger	Important		Aucun	Léger	Important
Opposition aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de l'élan vital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement en collectivité : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Traitements, besoins de soins et aides techniques

**☞ Médicaments et posologie**

Médicaments	Posologie

Médicaments	Posologie

**☞ Prépare ses médicaments seul :**  Oui  Non      -      **Prend ses médicaments seul :**  Oui  Non

**☞ Régime alimentaire prescrit :** \_\_\_\_\_

**☞ Kinésithérapie :**  Oui  Non

- ☞ IDE :**  Sonde naso gastrique       Sonde urinaire       Stomie \_\_\_\_\_  
 Oxygène       Assistance respiratoire       Trachéotomie  
 Dialyse péritonéale ou  Hémodialyse       Transfusions itératives  
 Pansements - durée : \_\_\_\_\_       BMR : localisation \_\_\_\_\_

**☞ Aides techniques :**

- Fauteuil roulant       Déambulateur       Matériel de transfert  
 Lit médicalisé       Matelas (indiquer le type) : \_\_\_\_\_  
 Périmètre de marche : \_\_\_\_\_ m       Autres (appareillage, ...) : \_\_\_\_\_



# Grille AGGIR

(Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance :        /        /

(A : fait seul totalement et habituellement et correctement - B : fait partiellement - C : ne fait pas)

			A	B	C
01	<b>COHERENCE</b>	Converser et se comporter de façon logique et censée			
02	<b>ORIENTATION</b>	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
03	<b>TOILETTE</b> Haut	Concerne l'hygiène corporelle du HAUT (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffure)			
	Bas	Concerne l'hygiène corporelle du BAS (membres inférieurs, pieds, régions intimes)			
04	<b>HABILLAGE DESHABILLAGE PRESENTATION</b> Haut	Vêtements passés par les bras et/ou la tête			
	Moyen	Fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions			
	Bas	Vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures...			
05	<b>ALIMENTATION</b> Se servir	Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre...			
	Manger	Manger les aliments préparés, les porter à la bouche et les avaler			
06	<b>ELIMINATION</b> Urinaire	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire			
	Anale	Assumer l'hygiène de l'élimination fécale			
07	<b>TRANSFERTS</b>	Se lever, se coucher, s'asseoir ; passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens			
08	<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b>	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...			
09	<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b>	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
10	<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b>	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...			

**IMPORTANT :**

Nous nous réservons le droit de vous réadresser le patient si l'état clinique ne correspond pas aux renseignements.

**SECRET MEDICAL :**

Dossier médical à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin responsable de l'établissement d'accueil

Fiche remplie par le Docteur : ..... Date :        /        /

Signature :

.....

Cachet du médecin ou du service :

.....

Nom du médecin traitant à domicile :

.....

Nom des médecins spécialistes :

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

**Cadre réservé au médecin de l'établissement d'accueil**

Accord :     Oui     Non

Date :        /        /

Observations :

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

Nom du médecin : ..... Signature :