Instance de Coordination Territoriale de la Santé du Sud - Est Mosellan

Espace PEGUY
Avenue Clémenceau
57400 SARREBOURG

N° SIRET 44159692100029
Code APE 8899B

Banque : Crédit Mutuel CCM SARREBOURG
Code Banque : 10278
Code guichet : 05500
N° Compte : 00022489945
Clé : 82

CLIC moselle
CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION du Pays de SARREBOURG
en faveur des seniors
Tél : 03.87.03.58.09
Fax : 03.87.03.80.31
clic@mairie-sarrebourg.fr

Réseau de Santé du Pays de Sarrebourg
Tél : 03.87.25.36.63
Fax : 03.87.03.80.31
reseausante@mairie-sarrebourg.fr

Site Internet : www.reseau-sante-sarrebourg.fr

Dossier de demande d'admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

- **Compléter la demande d'admission**
- **Faire remplir le certificat médical par le médecin traitant ou hospitalier**
- **Fournir une copie des documents suivants :**

  - Livret de famille ou carte nationale d'identité
  - Attestation d'immatriculation à la Sécurité Sociale
  - Carte de mutuelle (nécessaire en cas d'hospitalisation)
  - Justificatifs des ressources (déclarations fiscales des différentes caisses de retraite principales et complémentaires)
  - Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
  - Relevé d'Identité Bancaire
  - Le cas échéant, le jugement de protection juridique (curatelle, tutelle...)

Instance de Coordination Territoriale de la Santé du Sud - Est Mosellan

Espace PEGUY
Avenue Clémenceau
57400 SARREBOURG

N° SIRET 44159692100029
Code APE 8899B
Banque : Crédit Mutuel CCM SARREBOURG
Code Banque : 10278
Code guichet : 05500
N° Compte : 00022489945
Clé : 82

CLIC moselle
CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION du Pays de SARREBOURG
en faveur des seniors
Tél : 03.87.03.58.09
Fax : 03.87.03.80.31
clic@mairie-sarrebourg.fr

Réseau de Santé du Pays de Sarrebourg
Tél : 03.87.25.36.63
Fax : 03.87.03.80.31
reseausante@mairie-sarrebourg.fr

Site Internet : www.reseaugpssarrebourg.fr

Liste des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sur l'arrondissement de Sarrebourg

Maison de retraite Ste Véronique
66 rue Général Rampont
57560 ABRESCHVILLER
Tél. 03.87.03.04.40
Fax. 03.87.03.74.79

Maison de retraite Le Val Fleuri
15 rue des Remparts
57930 FENETRANGE
Tél. 03.87.07.51.66
Fax. 03.87.07.54.38

Maison de retraite Les 4 saisons
Centre Hospitalier
5, rue Général de Gaulle
57790 LORQUIN
Tél. 03.87.23.14.15
Fax.03.87.23.15.92

Maison de retraite Les Oliviers
+ Unité pour personnes âgées atteintes de désorientation de type Alzheimer
2 rue du Général Devers
57370 PHALSBOURG
Tél. 03.87.24.11.26
Fax. 03.87.24.47.78

Maison de retraite St Joseph
BP 3
57930 SAINT-JEAN-DE-BASSEL
Tél. 03.87.03.00.70
Fax. 03.87.03.00.71

Maison de retraite La Charmille
+ Le Couaroïl (Structure d'accueil pour personnes âgées atteintes de désorientation de type Alzheimer)
223b rue de la Charmille
57560 SAINT-QUIRIN
Tél. 03.87.03.04.00
Fax. 03.87.08.66.36

Maison de retraite Association Les Jardins Fondation Pompidou
+ Unité pour personnes âgées atteintes de désorientation de type Alzheimer
Rue des Maraîchers – BP 90116
57403 SARREBOURG
Tél. 03.87.23.18.00
Fax. 03.87.23.18.18

Hôpital de Hoff
Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI)
La Clairière
Rue de Verdun
57403 SARREBOURG CEDEX
Tél. 03.87.23.24.25
Fax. 03.87.23.23.00

Maison de retraite St Christophe
5 rue de l'Eglise
57870 WALSCHEID
Tél. 03.87.25.51.06
Fax. 03.87.25.69.00

Foyer d'Accueil Médicalisé pour personnes handicapées vieillissante
7b rue du Plan d'Eau
57870 WALSCHEID
Tél. 03.87.25.51.06
Fax. 03.87.25.69.00

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

cerfa

N° 14732*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

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

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 EXERÇANT 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.

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 FAMILIALE

Célibataire ☐ 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 ☐

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement 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 / SAD[1] ☐ 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 FINANCIERS

Comment 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

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.

**Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.*

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 OUI NON **ALLERGIES** OUI NON Si oui, préciser _____

CONDUITES A RISQUE OUI NON

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE NE SAIT PAS OUI NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

Taille _____ **Poids** _____

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON

Cécité ☐ ☐

Surdité ☐ ☐

RISQUE DE FAUSSE ROUTE OUI NON

REEDUCATION OUI NON

Kinésithérapie ☐ ☐

Orthophonie ☐ ☐

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
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité *(cris...)*		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants *(dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)*		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres *(préciser)*		

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