



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

EHPAD Valle Longa Cargèse  
Route du Peru  
20130 CARGESE  
Tél : 04 95 51 95 95  
vallelongacargese@umcs.fr



Siret : 827 500 596 00065

**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 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 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'enfants : .....

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 ou département : .....

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard : .....

Code Postal : ..... Commune / Ville : .....

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

Adresse email : .....

## 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 hébergement temporaire \_\_\_\_\_

Situation de la personne concernée à la date de la demande :  Domicile  Chez enfant/Proche

Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD/SAD  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 <sup>(1)</sup> :

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 : .....

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

Autre personne à contacter :

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 séjours ?

- Seule       A 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'HEBERGEMENT 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)**

|                         |     |     |
|-------------------------|-----|-----|
| <b>SOINS PALLIATIFS</b> | OUI | NON |
|-------------------------|-----|-----|

|                  |     |     |                    |
|------------------|-----|-----|--------------------|
| <b>ALLERGIES</b> | OUI | NON | Si oui, préciser : |
|------------------|-----|-----|--------------------|

| CONDUITES A RISQUE | OUI | NON |
|--------------------|-----|-----|
| Alcool             |     |     |
| Tabac              |     |     |
| Sevrage            |     |     |

| PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE    | 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'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

| DONNEES SUR L'AUTONOMIE    | A | B | C |
|----------------------------|---|---|---|
| Transfert                  |   |   |   |
| Déplacements à l'intérieur |   |   |   |
| Déplacements à l'extérieur |   |   |   |
| Toilette Haut              |   |   |   |
| Toilette Bas               |   |   |   |
| Elimination Urinaire       |   |   |   |
| Elimination Fécale         |   |   |   |
| Habillage Haut             |   |   |   |
| Habillage Moyen            |   |   |   |
| Habillage Bas              |   |   |   |
| Alimentation Se servir     |   |   |   |
| Alimentation Manger        |   |   |   |
| Orientation Temps          |   |   |   |
| Orientation Espace         |   |   |   |
| Communication pour alerter |   |   |   |
| Cohérence                  |   |   |   |

| SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX   | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Idées délirantes   |     |     |
| Hallucinations   |     |     |
| Agitation, agressivité (cris)  |     |     |
| Dépression   |     |     |
| Anxiété  |     |     |
| Apathie  |     |     |
| Désinhibition  |     |     |
| Comportements moteurs Aberrants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i> ) |     |     |
| 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                            |     |     |
| Gastrotomie                               |     |     |
| 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 : .....

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard : .....

Code Postal : ..... Commune / Ville : .....

Date : .....

Signature  
Cachet médecin