

(Vous avez la possibilité d'imprimer ce document entièrement et de nous le retourner sous pli affranchi, ceci pour préserver de sa confidentialité. Nombre de page pour impression est de 11).

EHPAD " La Bruyère"  
Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes  
1 Chemin de la grive  
19160 NEUVIC  
Tel : 05-55-46-18-20  
Fax : 05-55-46-18-30  
E.mail : ehpadneuvic19 @ orange.fr

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Date de réception par l'établissement de la demande :.....

### SOLLICITEUR

NOM : .....PRENOM.....

ADRESSE : .....

.....

COMMUNE : .....

CODE POSTAL :.....

N° TELEPHONE :.....

QUALITE OU LIEN DE PARENTE DU SOLLICITEUR :.....

### POSTULANT(E)

NOM PATRONYMIQUE :.....

NOM EPOUSE :.....

PRENOM : .....

SEXE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

COMMUNE : .....;

CODE POSTAL : .....

ANCIENNE PROFESSION EXERCEE : .....

LIEU DE RESIDENCE A LA DATE DE LA DEMANDE :

.....

SITUATION DE FAMILLE : .....

### **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

NOM DE L'EPOUX(SE) : .....

PRENOM DE L'EPOUX(SE) : .....

DATE DE NAISSANCE DE L'EPOUX(SE) : .....

#### **Concernant le postulant :**

N° SECURITE SOCIALE : .....

DESIGNATION ET ADRESSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE :

.....

.....

DESIGNATION ET ADRESSE DE LA MUTUELLE :

.....

.....

LE POSTULANT EST-IL BENEFICIAIRE D'UNE ALLOCATION LOGEMENT ? OUI  NON

SI OUI, DESIGNATION ET ADRESSE DE LA CAISSE : .....

.....

LE POSTULANT EST-IL BENEFICIAIRE D'UNE ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE ( A.P.A à domicile) ? OUI  NON

SI OUI, L'ALLOCATION EST VERSEE PAR LE CONSEIL GENERAL DU DEPARTEMENT DE :

.....

LE POSTULANT FAIT-IL APPEL A UNE ETUDE NOTARIALE POUR LA GESTION DE SES BIENS ?.....

SI OUI, NOM ET ADRESSE DU NOTAIRE :.....

.....

LE POSTULANT DISPOSE-T-IL DE RESSOURCES PERSONNELLES ? OUI  NON

LESQUELLES ? (pension, pension de réversion, etc...).....

.....

EXISTE-T-IL UNE MESURE DE PROTECTION ? OUI  NON

TYPE DE PROTECTION (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle).....

NOM ET ADRESSE DU DELEGUE DE TUTELLE :.....

.....

### **IDENTITE DES PROCHES :**

1) NOM :.....PRENOM :.....

ADRESSE :.....

QUALITE :.....N° TEL.....

2) NOM :.....PRENOM :.....

ADRESSE :.....

QUALITE :.....N°TEL.....

3) NOM :.....PRENOM :.....

ADRESSE :.....

QUALITE :.....N°TEL.....

## EN CAS D'ADMISSION :

### INTERVENANTS EXTERIEURS :

Choix du coiffeur :.....

Adresse et n° téléphone du coiffeur :.....

.....

La famille doit-elle être prévenue pour son intervention ? OUI  NON

Choix du pédicure :.....

Adresse et n° téléphone du pédicure :.....

.....

La famille doit-elle être prévenue pour son intervention ? OUI  NON

### Prise en charge du linge :

**Celui-ci doit être impérativement marqué au nom du futur(e) résident(e).**

Le nettoyage du linge sera effectué :      Par l'établissement.      Par la famille

### Traitement du courrier :

**Le courrier sera dirigé vers son destinataire dans l'établissement**

Le courrier devra être expédié vers la personne suivante :

NOM :.....PRENOM :.....

ADRESSE :.....

.....

QUALITE :.....

Dans ce cas, veuillez prendre les dispositions nécessaires auprès des services postaux et/ou des organismes expéditeurs des courriers.

# BILAN D'AUTONOMIE

## BILAN DES SOINS

NOM : .....PRENOM : .....

DATE DU BILAN : .....

CHOIX DU MEDECIN TRAITANT : .....

CHOIX DU KINESITHEREPEUTE : .....

CHOIX DU CHIRURGIEN-DENTISTE.....

CHOIX DU LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES : .....

CHOIX DE L'ENTREPRISE DE TRANSPORT SANITAIRE (VSL, ambulance..).....

Poids : .....Taille : .....

### SOINS D'HYGIENE :

Toilette du haut	seul	aide partielle	aide totale
Toilette du bas	seul	aide partielle	aide totale
Habillage du haut	seul	aide partielle	aide totale
Habillage du bas	seul	aide partielle	aide totale
Déshabillage :	seul	aide partielle	aide totale

### MOBILISATION

La personne peut-elle :

- s'asseoir seule dans un lit ?	OUI	NON
- s'asseoir seule au bord du lit ?	OUI	NON
- a-t-elle besoin d'une potence ?	OUI	NON
- peut-elle faire seule un transfert lit/fauteuil ?	OUI	NON
- a-t-elle besoin d'un lève-personne ?	OUI	NON

- peut-elle se verticaliser seule ? OUI NON
- quelle est la distance de marche possible ? .....
- peut-elle monter des escaliers ? OUI NON
- a-t-elle des problèmes d'équilibre ? OUI NON
- peut-elle marcher sans aide ? OUI NON
- si non, de quelle aide a-t-elle besoin ?
- Canne  Béquille  Déambulateur  Fauteuil roulant
- possède-t-elle un lit médicalisé ? OUI NON
- avec barrières ? OUI NON combien ?.....

### **ALIMENTATION**

- la personne mange-t-elle ? Seule  Avec aide partielle  Avec aide totale
- suit-elle un régime ? OUI NON
- si oui, précisez de quel type : .....
- la présentation doit-elle être : Normale  Mixée  Hachée

### **ELIMINATION**

- La personne peut-elle se rendre seule aux toilettes ? OUI NON
- a-t-elle une incontinence ? OUI NON
- de quel type ? Urinaire  Anal
- porte-t-elle des produits d'incontinence ? OUI NON
- quel type de produit ?.....
- porte-t-elle une sonde urinaire ? OUI NON

## **RESPIRATION**

- La personne éprouve-t-elle des difficultés pour respirer correctement ?

OUI NON

- A-t-elle un moyen utilisé pour faciliter sa respiration ? OUI NON

Oxygène :.....l/ 24h Kinésithérapie respiratoire

## **SOMMEIL**

- la personne dort-elle bien ? OUI NON

- si non, de quelle nature est la difficulté ?

Réveils fréquents  Déambulation  Inversion jour et nuit

## **COMMUNICATION – COMPORTEMENT**

- la personne voit-elle bien ? OUI NON

- porte-t-elle des lunettes ? OUI NON

- porte-t-elle des lentilles ? OUI NON

- la personne entend-elle bien ? OUI NON

- porte-t-elle des appareils auditifs ? OUI NON

- la personne est-elle bien orientée dans l'espace ? OUI NON

- la personne est-elle bien orientée dans le temps ? OUI NON

- la personne est-elle cohérente ? OUI NON

- peut-elle exprimer ses besoins par la parole ? OUI NON

- peut-elle exprimer ses besoins par les gestes ? OUI NON

- peut-elle demander de l'aide ? OUI NON

- la personne présente-t-elle des problèmes de comportement ? OUI NON

- si oui, de quelle nature ?.....

- la personne a-t-elle déjà présenté d'autres troubles de type :

Déambulation	OUI	NON
Troubles de l'humeur	OUI	NON
Fugue	OUI	NON

y-a-t-il d'autres éléments à porter à notre connaissance pour prendre soin au mieux de cette personne ?

.....

.....

.....

.....



# **FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE**

SVP, à remettre sous pli cacheté et à joindre au dossier de demande d'admission.

NOM : .....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE : .....

PATIENT( E) EN A.L.D

OUI

NON

I. **ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :**

II. **ALLERGIES CONNUES :**

III. **PATHOLOGIES ACTUELLES OU EN COURS DE TRAITEMENT :**

IV. **TRAITEMENT :**

V. **LA PERSONNE EST-ELLE PORTEUSE D'UN D.M.I.A.** (dispositif médical implantable actif type Pace Maker) ?

OUI

NON

VI. **ASSISTANCE TECHNIQUE :**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| <input type="radio"/> Voie veineuse périphérique        | OUI | NON |
| <input type="radio"/> Chambre implantable (port-à-cath) | OUI | NON |
| <input type="radio"/> Voie sous-cutanée                 | OUI | NON |
| <input type="radio"/> Sondage                           | OUI | NON |
| <input type="radio"/> Gastrostomie                      | OUI | NON |
| <input type="radio"/> Colostomie                        | OUI | NON |

- |                          |                                     |     |     |
|--------------------------|-------------------------------------|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> | Cure de chimiothérapie en extérieur | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> | Cure de radiothérapie en cours      | OUI | NON |

VII. **ASSISTANCE VENTILATOIRE**

- |                          |                 |     |     |
|--------------------------|-----------------|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> | Trachéotomie    | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> | Oxygénothérapie | OUI | NON |

VIII. **SOINS CUTANES :**

- |                          |              |     |     |
|--------------------------|--------------|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> | Escarres     | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> | Ulcères      | OUI | NON |
| <input type="checkbox"/> | Localisation | OUI | NON |

IX. **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

NOM DU MEDECIN

SIGNATURE

DATE :