

DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES

Ce dossier unique peut être utilisé pour toute demande d'admission à adresser dans l'un des établissements membres du réseau de santé gériatrique REPER'Age qui l'ont approuvé (ci-dessous la liste des établissements où ce dossier peut être adressé ; si un établissement auquel vous pensiez ne figure pas dans la liste, merci de vous adresser directement à lui).

Ce dossier a été conçu sur la base d'une concertation entre les professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs du réseau. Il peut être photocopié autant que nécessaire ou être complété, puis imprimé, à partir du site Internet du réseau REPER'Age : www.reperage-sante.fr.

Ce dossier comprend deux volets :

- un volet administratif (pages 2 à 6 à compléter par la personne concernée par la demande ou le demandeur),
- un volet médical (pages 8 à 12 à compléter par le médecin traitant ou le médecin hospitalier),

et, en page 7, la liste des pièces susceptibles de vous être demandées en vue d'une admission.

Liste des établissements membres du réseau et utilisateurs de ce dossier :

	Structure	Ville	Téléphone
Secteur de Denain	Résidence Barbusse (rattachée au CH de Denain)	DENAIN	03 27 45 84 20
	Maison de Retraite Arc en Ciel (rattachée au CH de Denain)	DENAIN	03 27 24 32 00
	Résidence Dronsart	BOUCHAIN	03 27 35 70 21
	Résidence Les Epis d'Or (RESOCOPAD)	WALLERS	03 61 32 40 09
	Fondation Denis Lemette (ADGV)	ROEULX	03 27 22 10 60
	Résidence Les Bouleaux-Les Sinoplies	LOURCHES	03 27 43 24 60
Secteur de Le Quesnoy	Résidence Léonce Bajart (rattachée au CH du Quesnoy)	CAUDRY	03 27 75 57 57
	Résidence du Pays de Mormal (rattachée au CH du Quesnoy)	LANDRECIES	03 27 84 73 21
	Résidence Vauban (rattachée au CH du Quesnoy)	LE QUESNOY	03 27 09 22 00
	Résidence Les Chênes (rattachée au CH du Quesnoy)	LE QUESNOY	03 27 14 86 16
	Résidence Soleil d'Automne (associée au CH du Quesnoy)	SOLESMES	03 27 79 30 61
	Résidence Les Erables	VILLEREAU-HERBIGNIES	03 27 49 13 13
Secteur de Saint-Amand-les-Eaux	Résidence Estréelle (rattachée au CH de Saint-Amand-les-Eaux)	SAINT-AMAND-LES-EAUX	03 27 22 96 49
	Résidence du Bruille (rattachée au CH de Saint-Amand-les-Eaux)	SAINT-AMAND-LES-EAUX	03 27 22 99 46
	Résidence Dewez (rattachée au CH de Saint-Amand-les-Eaux)	MORTAGNE DU NORD	03 27 23 01 00
	Résidence du Parc	SAINT-AMAND-LES-EAUX	03 27 48 13 14
	EHPAD Béthanie	SAINT-AMAND-LES-EAUX	03 27 48 08 33
	EHPAD Résidence Les Quatre Vents	BRUILLE SAINT AMAND	03 27 20 59 34
	EHPAD Résidence Noël Leduc	HASNON	03 27 51 95 00
	EHPAD Les Hortensias	FLINES-LES-MORTAGNE	03 27 26 84 49
Secteur de Valenciennes	Résidence du Val d'Escaut (rattachée au CH de Valenciennes)	VALENCIENNES	03 27 14 76 76
	Fondation Les Chartriers (rattachée au CH de Valenciennes)	VALENCIENNES	03 27 46 31 19
	Fondation Duvant (rattachée au CH de Valenciennes)	VALENCIENNES	03 27 46 73 61
	EHPAD La Rhôneelle (rattachée au CH de Valenciennes)	VALENCIENNES	03 27 47 50 80
	EHPAD Domaine du Lac	CONDE SUR L'ESCAUT	03 27 40 32 40
	Résidence Jeanne de Valois	MAING	03 27 35 96 10
	EHPAD Les Charmilles	SAINT-SAULVE	03 27 28 77 18
	Résidence Notre-Dame-de-la-Treille	VALENCIENNES	03 27 46 59 42
	EHPAD Maison Mérici	SAINT-SAULVE	03 27 46 35 76
	Résidence Grand'Mère Paris (RESOCOPAD)	QUAROUBLE	03 61 32 40 09
	Résidence Les Sources (RESOCOPAD)	THIANT	03 61 32 40 09
	Résidence Georges Bustin (RESOCOPAD)	VIEUX-CONDE	03 61 32 40 09
	RESOCOPAD	ONNAING	03 61 32 40 09
	EHPAD Doux Séjour	ANZIN	03 27 28 19 59
	Résidence Les Magnolias (Groupe Hospitalor)	MARLY	03 27 09 18 00
	EHPAD Les Feuillantines	QUIEVRECHAIN	03 27 19 06 00
	Maison de Retraite du Pays de Condé	CONDE SUR L'ESCAUT	03 27 40 09 00
	Maison Communautaire Pierre Cacheux (ADGV)	SEBOURG	03 27 27 10 62
	Maison Communautaire Desandrouins (ADGV)	VALENCIENNES	03 27 29 66 18
	Maison Communautaire Faubourg de Lille (ADGV)	VALENCIENNES	03 27 34 31 22
	Maison Communautaire Les Canonniers (ADGV)	VALENCIENNES	03 27 30 17 97
	Résidence Arthur Musmeaux	RAISMES	03 27 23 70 00

Personne concernée par la demande d'admission

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :


Date de naissance : / /19.....

**DOSSIER UNIQUE
DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES**

- VOLET ADMINISTRATIF -

Date de la demande / /20..... (à compléter par le demandeur)
Type d'hébergement recherché	<input type="checkbox"/> temporaire <input type="checkbox"/> définitif
Date de réception de la demande	 (cachet de réception de l'établissement)

Personne concernée par la demande d'admission

Nom		Prénom	
Nom de jeune fille			
Date et lieu de naissance			
Age au moment de la demande			
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Veuf/veuve
	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale
Enfants	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez combien : dont décédés :		
Lieu de vie	<input type="checkbox"/> domicile personnel / précisez si : <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> usufruitier <input type="checkbox"/> chez un proche <input type="checkbox"/> en famille d'accueil <input type="checkbox"/> en hébergement social ou médico-social (EHPAD, EHPA, foyer-logement...) <input type="checkbox"/> en établissement sanitaire (établissement de santé, soins de suite, long séjour...)		
Adresse		
Téléphone	Fixe : Portable :		
Médecin traitant	Nom + prénom		
			
Ville d'exercice			

Demandeur — partie à compléter si le demandeur n'est pas la personne concernée par la demande

Nom		Prénom	
Nom de jeune fille			
Lien avec l'intéressé(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint/conjointe	<input type="checkbox"/> Fils/fille	<input type="checkbox"/> Frère/sœur
	<input type="checkbox"/> Gendre/belle-fille	<input type="checkbox"/> Neveu/nièce	<input type="checkbox"/> autre :
Adresse		
Téléphone	Fixe : Portable :		

La personne faisant l'objet de la demande :

- est-elle informée de la démarche ? oui non
- est-elle d'accord avec cette démarche ? oui non

Commentaires :

Motif(s) de la demande d'admission

Admission rapide souhaitée ? oui non

Renseignements complémentaires

<u>Mesures de protection des biens</u>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours auprès du Tribunal d'Instance de :		
	<input type="checkbox"/> tutelle	Nom + prénom du tuteur ou curateur :	Téléphone :
		Lien de parenté ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez :	
	<input type="checkbox"/> curatelle	Association tutélaire (nom + adresse) :	
<input type="checkbox"/> mandat de protection future	Nom + prénom du mandataire :	Téléphone :	
<u>Personne de confiance</u>	Nom + prénom : Lien avec la personne : Adresse : Numéro(s) de téléphone :		
<u>Référent familial 1</u>	Nom + prénom : Lien de parenté : Adresse : Numéro(s) de téléphone :		
<u>Protection sociale</u>	Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Régime : <input type="checkbox"/> général <input type="checkbox"/> minier <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> autre Caisse d'affiliation : Couverture complémentaire : <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> régime mutualiste ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> aucune ⁽¹⁾ nom mutuelle : n° _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
<u>Aides sociales</u>	APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie)	APL (Aide Personnalisée au Logement)	Autre aide sociale
	<input type="checkbox"/> non bénéficiaire <input type="checkbox"/> demande en cours <input type="checkbox"/> bénéficiaire / n° dossier :	<input type="checkbox"/> non bénéficiaire <input type="checkbox"/> demande en cours <input type="checkbox"/> bénéficiaire / n° dossier :	<input type="checkbox"/> non bénéficiaire <input type="checkbox"/> demande en cours ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> bénéficiaire ⁽²⁾ ⁽²⁾ Précisez type aide :
<u>Carte d'invalidité</u>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> en cours		
<u>Contrat obsèques</u>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		

Coordonnées des proches de la personne concernée par la demande

Conjoint(e)

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Nom de jeune fille</u>			
<u>Lien avec l'intéressé(e)</u>	<input type="checkbox"/> Epoux/épouse <input type="checkbox"/> union libre		
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

Enfant(s)

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

Ressources (revenus issus des pensions, retraites complémentaires et autres)

<u>Caisse de retraite principale</u>	Nom organisme payeur : Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle
<u>Caisses de retraite complémentaires</u>	Nom organisme payeur : Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <hr/> Nom organisme payeur : Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <hr/> Nom organisme payeur : Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle
<u>Autres</u>	Nom organisme payeur 1: Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <hr/> Nom organisme payeur 2: Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle
<u>Aides sociales</u>	Montant APL perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuell

Fait à, le.....

Je, soussigné(e),
(nom et prénom du demandeur)
 certifie exactes les informations déclarées dans ce document.

Signature :



Liste des pièces à prévoir en vue d'une admission

(l'établissement concerné par la demande cochera les éléments qui lui sont nécessaires)

- Photocopie de la pièce d'identité
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale
- Photocopie de la carte de mutuelle (ou son attestation)
- Photocopie du livret de famille avec les enfants ou extrait d'acte de naissance pour les personnes célibataires
- Photocopie des justificatifs des caisses de retraite ainsi que des relevés annuels
- Relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Photocopie de l'assurance responsabilité civile
- Photocopie de la carte d'allocataire pour l'allocation logement
- Photocopie du jugement pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection
- Photocopie de la notification de versement de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie)
- Photocopie du contrat-obsèques (si existant)
- Coordonnées du notaire
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Attestation de résidence avant l'entrée en structure
- Autres :

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

En cas de recours à l'aide sociale départementale, il vous sera demandé de fournir :

- o 3 derniers relevés de compte bancaire
- o Justificatifs des comptes rémunérés (CODEVI, LEP, Livret CE, Compte titres...)
- o Justificatif d'assurance vie
- o Si propriétaire : nom et adresse du notaire, acte notarié, nom des locataires éventuels, montant des loyers, fermages
- o Attestation de dépôt de la demande d'aide en mairie

Personne concernée par la demande d'admission

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / /19.....

**DOSSIER UNIQUE
DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES**

- VOLET MEDICAL -


Dossier complété par :




En date du :

Personne faisant l'objet de la demande

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Nom de jeune fille</u>			
<u>Date de naissance</u>		<u>Age au moment de la demande</u>	

Référents médicaux

<u>Médecin traitant</u>	Nom + prénom	
		

<u>Médecin(s) spécialiste(s)</u>			
Nom + prénom + spécialité			
		Date prochaine consultation	
Nom + prénom + spécialité			
		Date prochaine consultation	
Consultation de la mémoire Nom + prénom du spécialiste			
		Date prochaine consultation	

Renseignements médicaux en date du

<u>Taille</u>		<u>Poids</u>	
<u>Antécédents médicaux</u>			
<u>Antécédents chirurgicaux</u>			
<u>Allergies</u>			
<u>Vaccination</u>	<input type="checkbox"/> antitétanique (date dernière injection :) <input type="checkbox"/> pneumo 23 (date dernière injection :) <input type="checkbox"/> grippe <input type="checkbox"/> autre :		

Renseignements médicaux (suite)

<u>Porteur BMR</u>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui / précisez la localisation :
<u>Traitement actuel & posologie</u>	
<u>Motif ALD</u>	

Autonome dans la prise de médicaments..... non oui
 Observance thérapeutique..... bonne mauvaise

Fonctions cognitives

Troubles de la mémoire non oui
 Désorientation temporelle ou spatiale..... non oui
 Démence connue non oui, type :
 Dernier MMS : en date du :

Symptômes psychologiques et comportementaux

		Observations
Hallucinations, idées délirantes, cris	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Risque d'agressivité	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Syndrome dépressif	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Anxiété	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Déambulation - jour	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
- nuit	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Dépendance alcoolique	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Autres comportements addictifs	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Autre(s)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Troubles sensoriels

Port de lunettes non oui
 DMLA non oui

Troubles sensoriels (suite)

- Cataracte..... non oui
 Glaucome non oui
 Rétinopathie diabétique non oui
 Hypoacousie non oui
 Prothèse auditive droite non oui
 Prothèse auditive gauche non oui
 Autre..... non oui

Troubles de la marche

- Risque de chute non oui
 Antécédent(s) de chute..... non oui

Aides techniques

- Canne(s) Déambulateur Fauteuil roulant Fauteuil coquille
 Lève-malade Lit médicalisé Chaise percée Contention
 Produits de l'incontinence Coussins anti-escarres Matelas anti-escarres
 Autre(s) :

Soins techniques

- Pansement(s) Durée du soin : plus de 20 min. moins de 20 min. Escarres Ulcère
 Stomies Trachéotomie Sonde gastrique Sonde urinaire Dialyse
 Oxygénothérapie :
 Autre(s) :

Soins paramédicaux

	Nature de la prise en charge	Fréquence
<input type="checkbox"/> Infirmiers		
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie		
<input type="checkbox"/> Orthophonie		
<input type="checkbox"/> Psychothérapie		

Etat nutritionnel

- Perte de poids..... non oui : kgs depuis : mois
 Troubles de la déglutition non oui
 Troubles de la mastication non oui
 Compléments alimentaires non oui
 Prothèse dentaire non oui
 ↳ Soins à envisager non oui
 Texture du repas :

Régime alimentaire :

- Diabétique Sans sel Sans sel strict Hyper protidique Sans résidu

Evaluation de l'autonomie (extrait de la grille AGGIR)

Par rapport à une personne totalement autonome et vivant seule chez elle, le candidat :

- A** fait seul, totalement, habituellement et correctement (c'est-à-dire sans l'aide d'une tierce personne, étant noté que les aides matérielles sont considérées comme faisant partie intégrante de la personne).
- B** fait partiellement ou non, habituellement ou non correctement.
- C** ne fait pas du tout, il faut faire à sa place ou faire une préparation, donner des ordres répétés, des explications, faire des vérifications en accompagnant l'activité.

		A, B ou C
1	COHERENCE Converser et/ou se comporter de façon sensée.	
2	ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	
3	TOILETTE Concerne l'hygiène corporelle.	HAUT
		BAS
4	HABILLAGE S'habiller, se déshabiller, se présenter.	HAUT
		MOYEN
		BAS
5	ALIMENTATION Manger les aliments préparés.	SE SERVIR
		MANGER
6	ELIMINATION Assumer l'hygiène de l'élimination.	URINAIRE
		FECALE
7	TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir.	
8	DEPLACEMENT A L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant.	
9	DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR A partir de la porte d'entrée et sans moyen de transport.	
10	COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...	

Fait à, le.....

Cachet et signature du médecin