# DOSSIER DE PRÉADMISSION

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION DE :**

**NOM : ……**

**PRÉNOM : ……**

**EN DATE DU : ……. /……./……**

☐ **TELEPHONE**

☐ **VISITE**

| **Validation Commission d'admission le …….../……./……..** | |
|---|---|
| **La Directrice A.HIRTZIG** | **Le Médecin Coordinateur Dr EL SANKARI** |

**MAISON DE RETRAITE L'ACACIA**
Route de Caussidières – 31 560 NAILLOUX / Tel : 05.61.27.28.29 / Fax : 05.61.27.93.72
maison.retraite.lacacia@wanadoo.fr / www.residence-acacia.fr

L' ACACIA
MAISON DE RETRAITE

Madame, Monsieur,

Comme vous l'avez souhaité, nous vous adressons un dossier de demande d'admission.

Afin de mieux vous connaître, ce dossier de préadmission devra être dûment rempli par les parties concernées et retourné au secrétariat de la Maison de Retraite qui pourra alors effectuer les démarches nécessaires pour inscrire le futur résident.

## ➢ Il se compose de trois parties complémentaires :

- ❖ La première partie, le dossier de demande d'admission, est à remplir par le futur résident ou son représentant ;
- ❖ La partie médicale, jointe au dossier d'admission, est à remplir par le médecin traitant ou le médecin de l'hôpital si le demandeur est hospitalisé ;
- ❖ Le questionnaire sur les habitudes de vie (*qui pourra être donné au moment de l'entrée*) nous permettra :
  - De faciliter votre prise en charge au sein de l'établissement,
  - De faciliter votre intégration auprès de l'équipe et des autres résidents,
  - D'améliorer votre qualité de vie,
  - De vous proposer des activités adaptées à vos centres d'intérêts.

## ➢ LES TARIFS :

- ❖ **Le tarif hébergement :**
  - L'établissement est habilité partiellement à recevoir des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale.
  - Ce tarif comprend les trois repas, goûter, collation, l'entretien des locaux, l'animation, ainsi que le lavage, le repassage et la distribution du linge marqué.

- ❖ **Le tarif dépendance :**
  - Cette somme varie en fonction du degré de dépendance (GIR) de la personne.
    Le tarif dépendance est fixé par le Président du Conseil Général.
    Le GIR est fonction de l'état de dépendance du résident après évaluation médicale par le médecin coordonnateur de l'établissement.

Nous vous souhaitons bonne réception de ce dossier et espérons vous avoir apporté les renseignements que vous souhaitez.

Restant à votre disposition et dans l'attente de vous rencontrer, veuillez agréer,
Madame, Monsieur l'expression de nos sentiments distingués.

La Directrice,
Anne HIRT ZIG

**MAISON DE RETRAITE L'ACACIA**
Route de Caussidières – 31 560 NAILLOUX / Tel : 05.61.27.28.29 / Fax : 05.61.27.93.72
maison.retraite.lacacia@wanadoo.fr / www.residence-acacia.fr

L' ACACIA
MAISON DE RETRAITE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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**

**MAISON DE RETRAITE L'ACACIA**
Route de Caussidières – 31 560 NAILLOUX / Tel : 05.61.27.28.29 / Fax : 05.61.27.93.72
maison.retraite.lacacia@wanadoo.fr / www.residence-acacia.fr

CERTIFICATION DE SERVICES QUALICERT SGS WWW.QUALICERT.FR

L' ACACIA
MAISON DE RETRAITE

# 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.

**MAISON DE RETRAITE L'ACACIA**
Route de Caussidières – 31 560 NAILLOUX / Tel : 05.61.27.28.29 / Fax : 05.61.27.93.72
maison.retraite.lacacia@wanadoo.fr / www.residence-acacia.fr

L' ACACIA
MAISON DE RETRAITE

# 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 _____

L' ACACIA
MAISON DE RETRAITE

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 ___ - ___ - ___ - ___ - ___

## 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 ___ - ___ - ___ - ___ - ___

L' ACACIA
MAISON DE RETRAITE

# 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)

**MAISON DE RETRAITE L'ACACIA**
Route de Caussidières – 31 560 NAILLOUX / Tel : 05.61.27.28.29 / Fax : 05.61.27.93.72
maison.retraite.lacacia@wanadoo.fr / www.residence-acacia.fr

CERTIFICATION DE SERVICES QUALICERT SGS WWW.QUALICERT.FR

L' ACACIA
MAISON DE RETRAITE

## 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 | | | | |

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

| 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 | | |

| 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

**MAISON DE RETRAITE L'ACACIA**
Route de Caussidières – 31 560 NAILLOUX / Tel : 05.61.27.28.29 / Fax : 05.61.27.93.72
maison.retraite.lacacia@wanadoo.fr / www.residence-acacia.fr