



EHPAD « LES BLEUETS »
CCAS MONCOUTANT SUR SEVRE



Réservé établissement :

DOSSIER D'INSCRIPTION

Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes 0

Établi le

Par

Cachet de l'établissement s'il y a lieu :

La personne est-elle informée de cette démarche 0 oui 0 non

Visite de l'établissement souhaitée 0 oui 0 non

Dossier à remplir par les aidants, familles, intervenants libéraux et du domicile, équipe pluridisciplinaire...

Notification CDAPH :

La personne a-t-elle une orientation UPHV 0 oui 0 non

Date d'échéance :

Numéro de dossier MDPH :



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM NOM DE JEUNE FILLE

PRENOM

Date de naissance

Lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville

Tél

Lieu de vie actuel

Profession Date de la cessation d'activité.....

Situation matrimoniale : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)

Veuf(ve) Enfants : oui non nombre

PERSONNES A PREVENIR

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté

adresse.....

Tél..... Adresse

mail.....

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté

adresse.....

Tél..... Adresse

mail.....

Nom..... Prénom.....

Lien de parenté

adresse.....

Tél..... Adresse

mail.....



EHPAD « LES BLEUETS »
 CCAS MONCOUTANT SUR SEVRE



MESURE DE PROTECTION : oui non

si oui sauvegarde curatelle renforcée curatelle tutelle

Jugement en date du.....

Représentant légal

Nom Prénom.....

Lien de parenté éventuel

adresse.....

.....

Tél.....

Fax.....

Mail.....

Caisse d'assurance

maladie.....

n° assuré(e)

Caisse complémentaire.....

Affection Longue Durée (prise en charge à 100%) : oui non

Date de prise en charge : du au

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Tél.....

SPECIALISTES :

Neurologue

Nom.....

Adresse.....

Tél.....

Psychiatre

Nom.....

Adresse.....

Tél.....

Ophtalmologue

Nom.....

Adresse.....

Tél.....

Dentiste

Nom.....

Adresse.....

Tél.....



EHPAD « LES BLEUETS »
CCAS MONCOUTANT SUR SEVRE



AUTONOMIE :

TROUBLES SENSORIELS

Au niveau de la vue oui non
si oui, appareillage.....

Au niveau de l'ouïe oui non
si oui, appareillage.....

COMMUNICATION

<u>Expression</u>	Langage parlé	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	Langage non verbal	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	Écrite	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Outils :

.....

.....

<u>Compréhension :</u>	En adéquation	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	Difficile	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Préciser

.....

.....

Moyens de communication :

Sonnette	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Téléphone	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
----------	---------------------------	---------------------------	-----------	---------------------------	---------------------------

Autre :

ORIENTATION

Dans le temps	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Dans l'espace	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non



EHPAD « LES BLEUETS »
CCAS MONCOUTANT SUR SEVRE



SOMMEIL – REPOS

Heure lever :

Heure coucher :

Sieste O oui O non

Préciser

.....

.....

.....

.....

.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS

La personne fume-t-elle ? O oui O non

Si oui, quantité par jour.....

Un accompagnement est-il nécessaire ? O oui O non

Préciser

.....

La personne a l'habitude de consommer de l'alcool ? O oui O non

Préciser

.....

COMPORTEMENT

Repli sur soi O oui O non

Auto-agressivité O oui O non

Agressivité vis à vis des autres O oui O non

Adaptation au groupe possible O oui O non

Préciser

.....

Risque de fugue O oui O non

Risque d'errance O oui O non

A COMPLETER PAR LE MEDECIN

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur Madame

Demande urgente OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____ @ _____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Maigrissement
récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles ³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse
route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Parcours institutionnels : (Merci de préciser dates et lieux)

Signature, date et cachet du médecin