

DEMANDE D'ADMISSION EN MAISON DE RETRAITE DANS LES YVELINES

Vous avez fait le choix d'entrer en maison de retraite.

Il est pour cela souvent nécessaire de faire une demande d'admission auprès de plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Afin de faciliter votre orientation dans les Yvelines, un modèle de **dossier de demande d'admission** a été adopté par une majorité d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes des Yvelines. Cependant, chaque établissement reste libre d'accepter d'utiliser ce dossier et de vous proposer éventuellement un dossier qui lui soit spécifique.

Chaque établissement destinataire de ce dossier étudiera votre demande pour évaluer si les soins que requiert votre état de santé sont compatibles avec son organisation.

Après avoir étudié votre demande sur dossier, l'établissement vous précisera les modalités complémentaires nécessaires à votre accueil : visite sur place, rendez-vous avec le médecin coordonnateur, informations complémentaires vous concernant, tarifs, etc.

Chaque établissement se tient à votre disposition pour obtenir tous les renseignements utiles pour que vous puissiez faire votre choix.

Ce dossier unique de demande d'admission comporte :

1. un **dossier administratif** destiné au directeur de l'établissement (pages 2 à 4),
2. un **dossier médical** strictement destiné au médecin coordonnateur de l'établissement (pages 5 à 11). **Ce dossier doit être adressé sous pli médical confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur.** Il doit être renseigné par un médecin : votre médecin traitant si vous êtes à votre domicile, le médecin de l'établissement de santé si vous êtes hospitalisé.

DOSSIER ADMINISTRATIF**IDENTITÉ**

Nom : Nom d'épouse :

Prénom : Homme Femme

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Caisse assurance maladie :

Mutuelle :

Situation familiale :

Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire Vie maritale

Nombre d'enfants :

RÉFÉRENT DU DOSSIER D'ADMISSION

Référent familial (lien) :

Référent professionnel (profession) :

DOMICILE

Domiciliation administrative :

.....

Lieu de vie actuel :

Rapprochement familial :

DÉPENDANCE

GIR : Gir 1 Gir 2 Gir 3 Gir 4 Gir 5 Gir 6

MODE DE FINANCEMENT

Pour les résidents à titre payant :

Fournir en pièces jointes : l'avis d'imposition la déclaration fiscale de pension

Aide sociale – attestation :

Projet : oui non

Date de dépôt :

Département du dossier aide sociale :

Notification si obtenue : Date :

Personne ressource au financement :

Familial :

Mandataire (tuteur) :

Protection juridique en cours :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

Un dossier ne peut pas être traité sans l'intégralité des pièces demandées.

Pour tous :

- Demande d'accueil à remplir par la famille
- Questionnaire médical à faire remplir par le médecin traitant ou hospitalier
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale
- Photocopie de la carte mutuelle complémentaire
- Photocopie des déclarations fiscales des caisses de retraite de l'année précédente
- Photocopie de la feuille d'imposition ou de non imposition
- Photocopie de l'assurance responsabilité civile
- Engagement de payer : Personne âgée, famille, tuteur ...

Si cela vous concerne :

- Photocopie de la carte d'ancien combattant
- Photocopie de la carte d'invalidité : Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées *ex COTOREP*
- Photocopie de la notification de l'allocation logement
- Photocopie de la notification de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Photocopie du jugement de tutelle
- Photocopie du contrat obsèques

Pour l'aide sociale :

- Certificat de dépôt de la demande d'aide sociale à la mairie du dernier domicile (domicile de secours)
- Photocopie des comptes et placements bancaires des trois derniers mois

LISTE DES AUTRES ÉTABLISSEMENTS CONTACTÉS.

Le fait de demander plusieurs établissements ne vous empêche pas d'avoir le libre choix de votre lieu de vie. Pour faciliter l'instruction de votre dossier, il est utile de préciser vos choix par ordre de priorité :

1.
2.
3.
4.
5.

Merci d'informer les différents établissements contactés lors d'un désistement quelqu'en soit le motif.

ETAT ACTUEL

➤ Affection de longue durée - Motif de la prise en charge à 100% si elle existe :

.....

➤ Existe-t-il des phénomènes douloureux ? oui non

Précisez :

.....

Traitements antalgiques en cours :

.....

➤ Pathologies en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Existence d'une BMR : oui non

Préciser :

➤ Etat psychiatrique actuel :

Dépression : oui non

Troubles cognitifs : oui non

Troubles mnésiques : oui non

Troubles psycho-comportementaux : oui non

Préciser si besoin :

.....

.....

➤ Traitement actuel :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ETAT VACCINAL (DATES ET RAPPELS)

- grippe :
- tétanos :
- pneumocoque :

SUIVI ET SURVEILLANCES A PROGRAMMER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤Prise en charge en rééducation (kiné, ergo, orthophonie, psychomotricité...)

.....

.....

.....

.....

SOINS INFIRMIERS ET SURVEILLANCE(S) PARTICULIÈRE(S)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MEDECINS HABITUELS

➤ Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

➤ Médecins spécialistes :Nom : **Spécialité :**

Téléphone :

Adresse :

Nom : **Spécialité :**

Téléphone :

Adresse :

Nom : **Spécialité :**

Téléphone :

Adresse :

Nom : **Spécialité :**

Téléphone :

Adresse :

Nom : **Spécialité :**

Téléphone :

Adresse :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTONOMIE

GIR (si connu) : Poids Taille

Respiration		Mobilisation	
Libre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Station debout possible sans aide	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trachéotomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Station debout possible avec aide	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type :		Autonomie à la marche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Matelas pour prévention d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
débit :		Utilisation d'un lève malade	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Déambulation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fumeur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Risque de chute	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Observation :		Observation :	
Hygiène		Elimination	
Autonome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Contenance urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Contenance fécale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aide partielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Incontinence de jour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aide au lavabo	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Incontinence de nuit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aide totale au lit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sonde à demeure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Observation :		type : changée le :	
Habillage		Observation. : (stomie, ...)	
Vêtements adaptés – Choix vêtements	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale	Troubles du transit :	

Alimentation		Communication	
Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas	Troubles auditifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Texture des repas	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> hachée <input type="checkbox"/> mouliné <input type="checkbox"/> mixée	Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Régime particulier préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Troubles visuels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lunettes	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Autonome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lentilles	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Sonde de gastrostomie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	œil de verre	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Soins dentaires à prévoir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Communication verbale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
observation :		Langue parlée :	
		Aphasique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Muet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Observation :	
Comportement		Etat cutané	
Adapté à la situation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désorientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ulcères	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confusion mentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mycoses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aide totale au lavabo	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Agressivité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser le(s) siège(s) :	
Risque suicidaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Risque errance / fugue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

SIGNATURE DU MÉDECIN

 Nom et coordonnées du médecin ayant renseigné
 le questionnaire :

Date et signature :