



**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

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

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

Date de la demande : ___ / ___ / _____

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

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
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
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	<i>si oui, précisez :</i>

Portage de bactérie multi résistante

Oui	Non	<i>si oui, précisez :</i>
Ne sait pas		
<i>date du dernier prélèvement :</i>		

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			
Elimination	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) :		

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

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

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.)

Signature, date et cachet du médecin

Notice

Afin d'effectuer une prise en charge de qualité, la Résidence Sainte Famille de Grillaud a mis en place un dossier d'inscription préalable. L'objectif de ce document est de collecter toutes les informations nécessaires à un accueil personnalisé.

Il se compose de plusieurs sections :

- ❑ Le dossier de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (dossier administratif et dossier médical)
- ❑ La liste des pièces administratives à nous fournir
- ❑ Les éléments de tarification
- ❑ Un aide-mémoire pour préparer votre séjour et des informations utiles
- ❑ Un questionnaire général sur vos habitudes de vie

NOTA : Tous ces documents ont leur importance et devront être scrupuleusement rédigés ; à défaut nous serions dans l'impossibilité de répondre positivement à votre demande.

Pièces administratives

En vue de votre admission, nous vous demandons de nous fournir des photocopies des documents administratifs suivants :

- ❑ Carte d'identité ou livret de famille
- ❑ Attestation d'Assurance Maladie
- ❑ Carte Vitale
- ❑ Carte de mutuelle à jour
- ❑ Avis annuels de vos régimes complémentaires de retraite, titres de pension
- ❑ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu, avec le montant du revenu imposable
- ❑ Pour les personnes concernées, copie de la notification d'une mesure de tutelle ou de curatelle
- ❑ Un relevé d'identité bancaire
- ❑ L'attestation d'allocation logement
- ❑ La notification d'attribution de l'Allocation personnalisée pour l'autonomie

Éléments de tarification à la charge du résident

Etablissement autorisé pour un fonctionnement d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ayant signé sa convention tripartite, habilité à l'aide sociale.

Autorisations d'ouverture : 28 avril 2006, d'extension : 28 décembre 2007

Tarifs journaliers 2024 :

<u>Hébergement permanent :</u>	<u>Dépendance :</u>	
74,89 € (chambre standard)	GIR 1,2 :	22,42 €
80,16 € (Séquoias)	GIR 3,4 :	14,23 €
	GIR 5,6 :	6,04 €

Hébergement temporaire : 77,74 €

Le coût lié aux niveaux de dépendance de 1 à 4 est pris en charge par le Conseil Départemental et reversé directement à l'Etablissement de sorte que le résident ou la famille acquitte réellement un prix de journée correspondant à un GIR 5 ou 6 (74,89€+6,04€), soit 80,93 € pour une chambre standard.

➤ Pour un mois de 30 jours : 2427,90 €

Les dépenses concernant les **honoraires des médecins traitants et auxiliaires paramédicaux** (radiologie, laboratoires, kinésithérapeutes) sont pris en charge par l'établissement, à l'exception de toute autre dépense (médecins spécialistes, médicaments, transports, hospitalisation..) et de ce qui serait pris en charge par une mutuelle complémentaire.

Les dépenses personnelles demeurent à la charge du résident (coiffeur...), mais peuvent être éventuellement avancées par l'établissement, puis refacturées à l'identique.

Les chambres bénéficient chacune **d'une ligne téléphonique**, dont seules les communications sortantes pour l'international seront facturées au résident.

Informations utiles

- ❑ Si vous souhaitez constituer un dossier de demande d'Aide Sociale, vous pouvez vous rapprocher du CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) ou Nantes Entour'age (au 02 40 99 29 84) si vous habitez Nantes.
- ❑ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est versée à l'Etablissement par le Conseil Général, sous forme de dotation globale, pour les résidents habitant la Loire Atlantique, ou le Maine et Loire : elle permet de couvrir le surcoût lié à la dépendance, de sorte que le résident acquitte un montant minimum du forfait dépendance (encore appelé talon modérateur). De ce fait le résident ne touche plus l'APA individuelle, et doit signaler son changement de situation au Conseil Général.
- ❑ Pour les ressortissants d'autres départements, cela doit être signalé afin d'obtenir du département d'origine le versement de l'APA à notre établissement

Comment préparer votre séjour

Afin de vous aider à préparer votre séjour nous vous proposons une liste d'objets utiles, que vous pourrez compléter selon vos souhaits. Nous vous rappelons que les résidents peuvent apporter des objets personnels (petit mobilier, décoration) pour mieux s'approprier leur logement.

Vêtements (indications sur les quantités minimales en cas de changements fréquents).

- ❖ Linge de corps : 10 maillots de corps, 10 culottes, 10 paires de chaussettes ou collants
- ❖ Vêtements de nuit : 6 chemises ou pyjamas, 2 robes de chambre
- ❖ Vêtements adaptés aux saisons : pantalons ou jupes, chemises, lainages, manteau ou imperméable
- ❖ Chaussons fermés, chaussures

Tous les vêtements d'usage courant sont entretenus par nos soins. Dans les jours suivant votre arrivée, la responsable hébergement passera chercher vos vêtements afin de les marquer à votre nom au moyen d'étiquettes thermocollées. En attendant, pour éviter la perte de vos vêtements, un filet orange sera à votre disposition dans votre chambre pour y mettre votre linge sale.



Durant votre séjour, si vous achetez de nouveaux vêtements (non marqués), nous vous remercions de les déposer à la lingerie dans la boîte prévue à cet effet afin que nous puissions procéder à leur marquage.

En effet, tout linge non marqué ne sera pas pris en charge par le service lingerie.

Nécessaire de toilette (à identifier au nom de la personne dans la mesure du possible) :

- ❖ Savon, dentifrice, brosse à dents
- ❖ Coupe-ongles, rasoir et mousse à raser,
- ❖ Brosse à cheveux et/ou peigne
- ❖ Mouchoirs
- ❖ Crème, maquillage, ... selon les habitudes de vie

Autres : transistor, réveil, téléviseur,...



Nous conseillons vivement aux résidents et leurs familles d'apporter **une pendule** à gros chiffre et **un calendrier** pour garder l'organisation dans le temps.

2 – Habitudes autour de l'habillement

Besoin d'aide pour s'habiller : *oui/non* Préciser la nature du besoin :

Besoin d'aide pour se déshabiller : *oui/non* Préciser la nature du besoin :

Besoin d'aide pour mettre les chaussures : *oui/non*

Besoin d'aide pour ôter les chaussures : *oui/non*

Quelles sont vos couleurs préférées ?

Quelles couleurs détestez-vous ?

3 – Elimination

Incontinence : *O oui* *O non* *O parfois*

Besoin d'aide aux WC : *O oui* *O non* Préciser :

Port de protections ? *O oui* *O non* Quand ? Type ?

Habitudes autour de la continence (continent, incontinent, gestion de jour, gestion de nuit...) :

Tendance à la constipation ? *O oui* *O non* Habitudes :

4 – Déplacements/motricité

Limitations locomotrices :

Appareillage :

Historique d'éventuelles chutes ?

Besoin d'aide pour se déplacer : *oui/non*

Type d'aide : *O au bras* *O canne* *O déambulateur* *O fauteuil roulant*

Besoin d'aide au lever : *oui/non* Besoin d'aide au coucher : *oui/non*

Besoin d'aide pour se lever d'une chaise ou s'asseoir : *oui/non*

Nom et numéro de téléphone de votre KINESITHERAPEUTE :

Souhaitez-vous qu'il vous suive ? *O oui* *O non*

5 – Capacités cognitives

* LECTURE

Capable de lire : *O oui O non*

Taille de lettres : *pts*

Capacité d'écrire : *O oui O non*

Latéralité : *droitier/gaucher/ambidextre*

Troubles de la communication : *O oui O non*

Préciser :

Avez-vous un ORTHOPHONISTE ? *O oui O non*

Nom et numéro de téléphone :

Souhaitez-vous qu'il vous suive à la résidence ? *O oui O non*

* PSYCHO-COGNITIF

Perte de mémoire : *O oui O non*

Éléments dépressifs : *O oui O non*

Symptômes psycho-comportementaux identifiés (hallucinations, déambulations, agitation, crise, ...) :

Situations identifiées comme anxiogènes pouvant alimenter un trouble du comportement (sujets de conversation, soins...) :

.....

Ressources qui apaisent la personne accueillie (sortie à l'extérieur, écoute musicale, dessin, chanson, solitude dans un espace sécurisant) :

.....

6 – Capacités sensorielles

* VISUELLES

Déficience Visuelle (DMLA, cécité, pathologie... ?) :

Lunettes : *O oui O non*

Type de lunettes : *O pour lecture O pour voir à distance O les 2*

Nom et numéro de téléphone de l'OPTICIEN et de l'OPHTALMOLOGISTE :

.....

* AUDITIVES

Troubles auditifs : *O oui O non* Prothèses auditives : *O oui O non*

Préciser côté(s) :

Nom et numéro de téléphone de l'AUDIO-PROTHESISTE et de l'ORL :

* DENTAIRES

Prothèse dentaire : *O oui O non* *O haut O bas*

Nom et numéro de téléphone du DENTISTE :

Date de la dernière consultation :

Soins réalisés :

* AUTRES

Nom et numéro de téléphone du CARDIOLOGUE :

Pace-maker : *O oui O non*

Nom et numéro de téléphone du NEUROLOGUE :

Nom et numéro de téléphone des autres SPECIALISTES :

7 – Habitudes autour du sommeil

Rituels, rythme, horaires, nuit, siestes, veilleuse... :

Sieste : *oui/non* *si oui, à quelle heure ?*

Volets clos : *O oui O non O indifférent*

Remarques éventuelles sur la qualité du sommeil ? Difficultés d'endormissement ?

Heure du lever :

Heure du coucher :

8 – Habitudes alimentaires

Besoin d'aide pour le repas : *oui/non* **Préciser la nature du besoin :**

Régime particulier : *oui/non* **Si oui, lequel ?**

Allergies : *oui/non* **Si oui, lesquelles ?**

Textures : *O coupé* *O haché* *O mixé* *O normal*

Préfère-t-il/elle le sucré ou le salé ?

Ses plats préférés ?

Quels sont les aliments aversifs :

-parmi les viandes :

-parmi les poissons :

-parmi les fruits :

-parmi les légumes :

-parmi les féculents :

Habitudes autour du petit-déjeuner :

Habitudes autour des repas (horaires, goûts, gestion des couverts...) :

Autres observations sur les goûts alimentaires ou intolérances :

Vos recettes pratiquées éventuellement ?

QUESTIONNAIRE HISTOIRE DE VIE

Nous avons besoin de vous afin de nous aider à vous offrir un accompagnement le plus proche possible de vos habitudes de vie.
Pour cela nous vous invitons à remplir une fiche de renseignements sur votre histoire de vie (ou celui de votre parent).
N'hésitez pas à nous indiquer un certain nombre d'habitudes ou de préférences et à porter à notre connaissance des éléments qui vous semblent essentiels.
Nous vous remercions de remplir ces pages aussi précisément que possible.

Date du recueil :

Informations recueillies par (conjoint(e), enfant, Ami(e)...):

A propos du futur résident

NOM PRENOM MR/MME :

NOM DE JEUNE FILLE :

Date de Naissance :

âge :

Lieu de naissance :

Religion :

Pratiquant : oui/non précisions

Souhait d'être contacté par l'équipe d'aumônerie ?

Ancienne profession ?

Anciennes occupations sociales ?

Latéralité ? *O droitier* *O gaucher* *O ambidextre*

Scolarité : niveau scolaire ? Certificat d'étude ? diplôme(s) ?

La ou les ville(s) d'habitation par ordre chronologique ?

Langue maternelle ?

Autre(s) langue(s) parlée(s) ?

Statut marital (marié/célibataire/veuf/divorcé) ?

Nom/Prénom (ex-)époux :

Précisions :

Nombre d'enfants ?

Noms - Prénoms - lieux d'habitation – professions – détails importants à connaître :

Vie sociale - loisirs

CENTRES D'INTERETS

	<i>passé</i>	<i>présent</i>		<i>passé</i>	<i>présent</i>
Cuisine			Art/bricolage		
Animaux			Décoration		
Jeux de cartes			Histoire		
Film/TV			Lecture/écriture		
Danse			Ami(e)s/sorties		
Jardinage/plante			Puzzle		
Sports			Philanthropie		
Maison			Nature		
Voyages			Promenades/vélo		
Boutiques			Spiritualité/religion		
Musique			Parler/converser		

Précisions :

Autres centres d'intérêt ?

Hobbys ?

Phobies ?

Avez-vous un intérêt pour la politique ? *oui/non*

Sujets de conversations préférés ?

Qu'est-ce que vous aimez faire au quotidien ?

Qu'est-ce que vous n'aimez pas faire ?

Préférez-vous être seul ou en groupe ?

Avez-vous des amis ?

Précisions (noms, prénoms, ville d'habitation, éventuelle adresse pour écrire une lettre...)

Loisirs pratiqués ou que vous aimeriez pratiquer ?

Quels étaient vos passe-temps ?

**Vous occupiez-vous des tâches ménagères ? Si oui, lesquelles ?
Y prenez-vous du plaisir ?**

**Avez-vous l'habitude de sortir ? aimez-vous sortir ?
Lieux ?**

Préférez-vous la mer, la campagne, la ville, la montagne ?

Précisions :

**Avez-vous eu l'occasion de voyager dans votre vie ? *oui/non*
Si oui, où ?
Précisions :**

Souhaitez-vous participer à des activités actuellement ? *oui/non*

Motivation pour les activités :
O très motivé(e) O motivé(e) O motivation faible O pas motivé(e)

Meilleur moment pour faire des activités :
O le matin O l'après-midi O les deux

A quelles activités souhaiteriez-vous participer ?

Merci de nous faire part de vos suggestions ou souhaits d'animation ?

Histoire de vie

Présentation des évènements familiaux marquants tels que : enfance, métier, lieu de vie, etc...

(Dans l'ordre chronologique : enfant, adolescent, jeune adulte, adulte, retraité)