

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 13 avril 2012 fixant le modèle de dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévu par l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles

NOR : ETSS1209475A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et D. 312-155-1 ;
Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 23 février 2012 ;
Vu l'avis du Comité national des retraités et des personnes âgées en date du 14 mars 2012 ;
Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes en date du 1^{er} mars 2012,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le dossier de demande d'admission mentionné à l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles est conforme au dossier fixé en annexe du présent arrêté.

Art. 2. – La directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 13 avril 2012.

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*
XAVIER BERTRAND

*La ministre des solidarités
et de la cohésion sociale,*
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

ANNEXE

Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**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

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.

DOSSIER ADMINISTRATIF**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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 FAMILIALECélibataire ☐Vit maritalement ☐Pacsé(e) ☐Marié(e) ☐Veuf (ve) ☐Séparé(e) ☐Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUEOUI ☐ NON ☐ En cours ☐Si oui, laquelle : Tutelle ☐Curatelle ☐Sauvegarde de justice ☐Mandat de protection future ☐**CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION** (événement familial récent, décès du conjoint ...) :**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL**Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT (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 naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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

DEMANDEType 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 / SAD¹ ☐ 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 naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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

ASPECTS FINANCIERSComment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐Aide sociale à l'hébergement OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐Allocation logement (APL/ALS) OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI ☐ NON ☐**COMMENTAIRES**DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT ☐ DANS LES 6 MOIS ☐ ECHEANCE PLUS LOINTAINE ☐

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ____ / ____ / ____

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.

* Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEECivilité : Monsieur ☐ Madame ☐Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDEChangement 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**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**NE SAIT
PAS ☐ OUI ☐ NON

Alcool	☐	☐
Tabac	☐	☐
Sevrage	☐	☐

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**

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

**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			SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		
	A	B		OUI	NON
Transfert			Idées délirantes		
Déplacements	A l'intérieur		Hallucinations		
	A l'extérieur		Agitation, agressivité (<i>cris...</i>)		
Toilette	Haut		Dépression		
	Bas		Anxiété		
Elimination	Urinaire		Apathie		
	Fécale		Désinhibition		
Habillage	Haut		Comportements moteurs		
	Moyen		Aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i>)		
	Bas		Troubles du sommeil		
Alimentation	Se servir				
	Manger				
Orientation	Temps				
	Espace				
Communication pour alerter					
Cohérence					

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES			SOINS TECHNIQUES			APPAREILLAGES		
	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Soins d'ulcère			Oxygénothérapie			Fauteuil roulant		
Soins d'escarres			Sondes d'alimentation			Lit médicalisé		
Localisation			Sondes trachéotomie			Matelas anti-escarres		
Stade			Sonde urinaire			Déambulateur		
Durée du soin			Gastrotomie			Orthèse		
Type de pansement			Colostomie			Prothèse		
			Urétérostomie			Pace-maker		
			Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)			Autres (<i>préciser</i>)		
			Chambre implantable					
			Dialyse péritonéale					

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