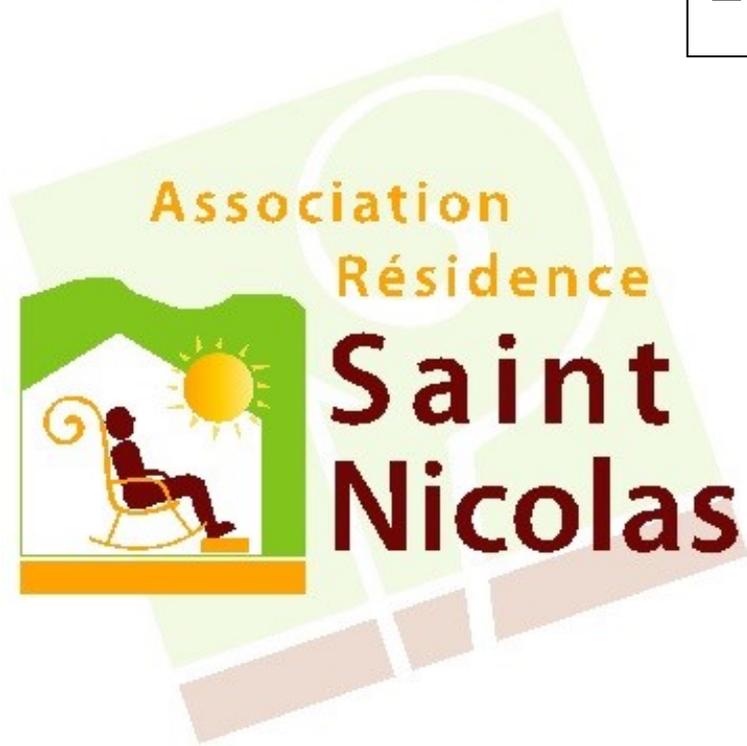


<input type="checkbox"/> Accueil Permanent
<input type="checkbox"/> Accueil Temporaire 90 jours



# Dossier de demande d'admission EHPAD

Dossier complété par :

Nom Prénom :.....

Fonction :.....

Coordonnées (mail, téléphone, adresse postale) :

.....  
.....  
.....

Dossier à retourner par courrier ou par mail :

Association Résidence Saint Nicolas – 5 Rue Félix Vialet – 48300 LANGOGNE

[cpa@associationstnicolas.fr](mailto:cpa@associationstnicolas.fr)

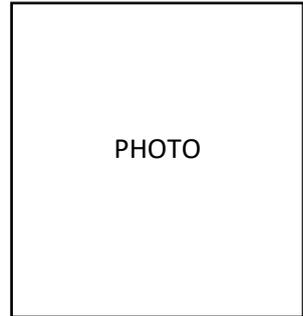
# Volets du dossier

PARTIE ADMINISTRATIVE .....	2
I. ETAT CIVIL ET COORDONNEES .....	2
II. RELATIONS PERSONNELLES .....	2
III. MESURE DE PROTECTION .....	4
IV. GESTION COURANTE .....	4
V. ASPECTS FINANCIER (à compléter uniquement pour demande en EHPAD) .....	5
 CONNAISSANCE PERSONNE .....	 6
I. HISTOIRE DE VIE .....	6
II. HABITUDES DE VIE EN FAMILLE / A DOMICILE .....	7
III. DONNEES SUR L'AUTONOMIE .....	8
IV. APPAREILLAGES ET MATERIELS.....	9
V. ATTENTES DE LA PERSONNE.....	9
 PARTIE MEDICALE .....	 10
I. RISQUES .....	10
II. PATHOLOGIES ET DEFICIENCES .....	10
 Pièces à fournir.....	 11
 Accusé de réception du dossier.....	 11
 Réponse à la demande d'admission .....	 11
 INFORMATIONS .....	 11

# PARTIE ADMINISTRATIVE

## I. ETAT CIVIL ET COORDONNEES

NOM : .....  
Prénom(s) : .....  
Date de naissance : .....  
Lieu et département de naissance : .....  
Nationalité : .....



### Situation Familiale :

- Célibataire     Marié(e)     Pacsé(e)  
 Concubinage     Divorcé(e)     Veuf(ve)

Avez-vous des enfants ?     Oui     Non

Si oui, combien : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

### Domicile de l'usager :

- Domicile personnel     Domicile de la famille     ESMS  
 Hôpital     Famille d'accueil

Adresse complète

.....  
.....  
.....

## II. RELATIONS PERSONNELLES

Nombre de frères et sœurs : .....

Rang fratrie : .....

Famille / Entourage	Famille / Entourage
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Lien avec l'usager : .....	Lien avec l'usager : .....
Date de Naissance : .....	Date de Naissance : .....
N° Portable : .....	N° Portable : .....
Mail : .....	Mail : .....
N° Fixe : .....	N° Fixe : .....
Adresse : ..... ..... ..... .....	Adresse : ..... ..... ..... .....
Prévenir si urgence jour: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prévenir si urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prévenir si urgence nuit: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prévenir si urgence nuit: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rupture de contact : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rupture de contact : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désigné comme personne de confiance (1) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Désignée comme personne de confiance (1) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(A imprimer et compléter autant de fois que nécessaire)

(\*) : informations personne de confiance en annexe 1

### III. MESURE DE PROTECTION

**Type de mesure :**

- Curatelle simple       Curatelle renforcée       Tutelle
- Sauvegarde de justice     Pupille de l'état     Mesure habilitation familiale générale
- Mesure de protection administrative     Mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)
- Sans protection

**Coordonnées du mandataire ou de l'organisme :**

Nom : .....

Prénom : .....

N° Portable : .....

Mail : .....

N° Fixe : .....

Adresse : .....

.....

.....

**Prévenir si urgence :**

- Oui       Non

**Désigné(e) comme personne de confiance :**

- Oui       Non

### IV. GESTION COURANTE

Par la tutelle / curatelle

Par la famille (précisez nom et coordonnées) :

.....

.....

Je suis autonome

**Savez-vous gérer votre argent personnel ?**

- |                                                     |                              |                              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Seul                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="radio"/> Avec aide                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="radio"/> N'a pas la notion de l'argent | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Désirez-vous garder votre argent personnel (chambre, sur vous, etc.) ?**

- Oui       Non       L'équipe s'en occupe (coffre sécurisé)

**V. ASPECTS FINANCIER (à compléter uniquement pour demande en EHPAD)**

Comment pensez-vous financer les frais de séjours ?

- 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 à domicile pour l'hébergement permanent :  Oui  Non  Demande en cours
- Prestation de compensation du handicap/ Allocation compensatrice pour tierce personne
- Prestation pour tierce personne





### III. DONNEES SUR L'AUTONOMIE

**Savez-vous :**

- |                                  |                              |                              |                                          |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Lire ?     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Avec difficulté |
| <input type="radio"/> Compter ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Avec difficulté |
| <input type="radio"/> Ecrire ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Avec difficulté |
| <input type="radio"/> Reproduire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Avec difficulté |

**Connaissez-vous l'heure ?**       Oui                       Non                       Avec difficulté

**Inscription sur la liste électorale ?**       Oui                       Non

		A(1)	B(1)	C(1)
<b>Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)</b>				
<b>Déplacements</b>	A l'intérieur A l'extérieur			
<b>Toilette</b>	Haut Bas			
<b>Habillage</b>	Haut Bas			
<b>Elimination</b>	Urinaire Fécale			
<b>Alerter</b>				
<b>Orientation</b>	Temps Espace			
<b>Cohérence</b>	Communication Comportement			

- (1) **A : Fait seul les actes quotidiens : spontanément et totalement, et habituellement et correctement.**  
**B : Fait partiellement : non spontanément et/ou partiellement, et/ou non habituellement et/ou non correctement.**  
**C : Ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement**

#### **IV. APPAREILLAGES ET MATERIELS**

- Fauteuil roulant manuel       Fauteuil roulant électrique       Déambulateur
- Canne       Lit médicalisé       Orthèse ou prothèse       Appareils auditifs
- Pacemaker       Matelas anti-escarre       Autre, à préciser :

.....

.....

.....

#### **V. ATTENTES DE LA PERSONNE**

(vos motivations, vos souhaits, ce que vous attendez de l'institution...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

## PARTIE MEDICALE

Cette partie doit être complétée par un médecin  
(Médecin traitant, médecin psychiatre, médecin de l'établissement).

<b>Taille</b>		<b>Poids</b>		<b>IMC</b>		<b>Groupe Sanguin</b>	
---------------	--	--------------	--	------------	--	-----------------------	--

### I. RISQUES

- Risque de chute  Oui  Non
- Risque de fugue  Oui  Non
- Risque de faute route  Oui  Non
- Soins palliatifs  Oui  Non
- Conduite addictive  Oui  Non  
Précisions (alcool,drogue...):.....
- Rééducation  Oui  Non  
Précisions (Kinésithérapie, Orthophonie...) : .....

### II. PATHOLOGIES ET DEFICIENCES

<b>Pathologie actuelle</b>          <b>ALD</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :	<b>Allergie</b>          
<b>Antécédents</b>          	

Portage de bactérie multi résistante :  Oui  Non

Si oui, précisez: .....

Déficiences sensorielles :

Visuelle  Auditive  Gustative  Olfactive  Vestibulaire

Tactile  Pas de déficience sensorielle connue

<b>Symptômes comportementaux et psychologiques</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Déficiences intellectuelles		
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie, exaltation de l'humeur		
Anxiété		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité, instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant : - Déambulations pathologiques - Gestes incessants		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

<b>Soins techniques</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Oxygénothérapie : - Continue - Non continue		
Sonde d'alimentation		
Sonde trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

<b>Pansements ou soins cutanés</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire / VNI		
Chambre implantable / PICC LINE		
Dialyse péritonéale		
Pompe (morphine, insuline...)		
Soins d'ulcère Soins d'escarre		
Localisation :		
Stade :		
Type de pansement :		

### **III. Régime alimentaire**

Avez-vous besoin d'aide pour la prise alimentaire ?  Oui  Non

**Régime alimentaire :**

- Diabétique   
 Pauvre en fibres   
 Hypo protidique   
 Sans porc   
 Hyposodé  
 Sans résidus   
 Pas de régime particulier

**Texture :**

- Alimentation normale    Alimentation hachée    Alimentation mixée  
 Hydratation normale    Hydratation eau gazéifiée    Hydratation gélifiée

**Précisions :**.....  
.....  
.....

Commentaires (MMS, évaluations gériatriques...) et recommandations éventuelles  
(contexte, aspect cognitifs ...) :

GIR : .....

**Médecin qui a rempli les informations :**

**Nom Prénom :** .....

**Spécialité :** .....

**Adresse :** .....

**Tel :** .....

**Adresse Mail :** .....

**Tampon et signature**

# Pièces à fournir

## **PARTIE ADMINISTRATIVE :**

- Mesure de protection
- Attestation de droits à jour (sécurité sociale)
- Mutuelle à jour
- Prestations sociales et familiale (AAH, PCH...)
- Carte d'identité
- Extrait de naissance
- 1 Photo d'identité
- Dernier avis d'imposition

## **PARTIE CONNAISSANCE PERSONNE :**

- Dernier projet personnalisé

## **PARTIE MEDICALE et/ou PARAMEDICALE :**

- Ordonnance en cours
- Vaccinations à jour
- Compte-rendu psychologique
- Compte-rendu psychiatrique

D'autres pièces seront demandées si admission (médical...)

# Accusé de réception du dossier

(A remplir par la commission d'admission recevant le dossier)

Dossier réceptionné le : .....

Réceptionné par : Association Résidence Saint Nicolas  
Commission de Parcours Associative  
5 rue Félix Vialet 48300 LANGOGNE

Nous contacter : [cpa@associationstnicolas.fr](mailto:cpa@associationstnicolas.fr)

Dossier complet

Dossier incomplet, pièce à nous retourner :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait le : .....

A : LANGOGNE

# Réponse à la demande d'admission

(A remplir par la commission d'admission de l'association)

Dossier réceptionné le : .....

Réceptionné par : Association Résidence Saint Nicolas

Commission de Parcours Associative

5 rue Félix Vialet 48300 LANGOGNE

Nous contacter : [cpa@associationstnicolas.fr](mailto:cpa@associationstnicolas.fr)

## Avis de la commission d'admission :

### Admis sur liste d'attente :

- |                                                                |                                                                               |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Foyer de Vie à Langogne               | <input type="checkbox"/> Foyer d'accueil médicalisé à Langogne – Val d'Allier |
| <input type="checkbox"/> Foyer de Vie à Pradelles              | <input type="checkbox"/> Foyer d'accueil médicalisé à Pradelles               |
| <input type="checkbox"/> Foyer de Vie à Auroux                 | <input type="checkbox"/> Foyer d'accueil médicalisé à Rosières                |
| <input type="checkbox"/> Foyer de Vie à Boisset                | <input type="checkbox"/> PHV à Pradelles                                      |
| <input type="checkbox"/> Foyer de Vie à St Alban sur Limagnole | <input type="checkbox"/> EHPAD à Auroux                                       |
| <input type="checkbox"/> Foyer de Vie à Montfaucon en Velay    |                                                                               |

### Refus, précisions :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait le : .....

# INFORMATIONS

## I. PERSONNE DE CONFIANCE

La loi donne le droit à toute personne majeure dans un établissement ou un service social ou médico-social de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

C'est un droit qui est offert à chaque personne, mais ce n'est pas une obligation : vous être libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du Conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

Si toutefois, une personne de confiance n'a pas été désignée, elle le sera lors de l'admission dans notre établissement.

## II. DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée *directives anticipées* pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés.

Si toutefois, les directives anticipées n'ont pas été rédigées, elles le seront lors de l'admission dans notre établissement.