

Dossier d'inscription

En établissement d'hébergement pour personnes âgées d'ALSACE

EHPAD du QUATELBACH

4 RUE DU QUATELBACH

68 390 Sausheim

Tél 03 89 36 94 40 Fax 03 89 36 05 98

Courriel : secretariat@ehpad-quatelbach.fr

Site internet : www.ehpad-quatelbach.fr

Ce dossier d'inscription en 5 pages est accepté dans la plupart des établissements d'Alsace. Un seul dossier est à remplir, puis à dupliquer si plusieurs demandes sont déposées. Chaque établissement peut demander des informations supplémentaires et reste à disposition pour tout renseignements complémentaires.

Il convient de réactualiser le dossier en cas d'évolution de la situation de la personne et de signaler son admission dans un autre établissement. Il est recommandé de garder un photocopie du dossier et des pièces.

L'exactitude et la sincérité des renseignements sont la base de toute relation de confiance dans l'intérêt de la personne âgée.

Informations générales

(A remplir par la personne concernée et/ou son entourage familial ou médico-social)

ETAT-CIVIL :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ancienne adresse :

Situation familiale : Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e), Divorcé(e) Célibataire

Nombre d'enfants :

Situation actuelle : Hôpital EHPAD chez un parent son domicile

N° de sécurité sociale :/.....

Caisse : Taux de prise en charge :

Mutuelle : OUI NON

Protection juridique : OUI NON En cours

Si oui, type de protection TUTELLE - CURATELLE – MANDATAIRE JUDICIAIRE (rayer la mention inutile)

Nom du représentant légal :

Coordonnées :

Contrat Obsèque : OUI NON

Nom et adresse des pompes funèbres choisie :

Religion : Langue parlée : Dialectophone : OUI NON

Personne à prévenir en cas de besoin _____

Personne référente

- 1 - Nom :
Adresse :
Téléphone : Lien de parenté :
Courriel :
- 2 - Nom :
Adresse :
Téléphone : Lien de parenté :
Courriel :
- 3 - Nom :
Adresse :
Téléphone : Lien de parenté :
Courriel :

La personne est-elle informée de la demande : Oui Non Ne peut comprendre

La personne est-elle consentante : Oui Non Ne peut comprendre
(dans le respect de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante)

Renseignements administratifs et financiers _____

Seront à fournir obligatoirement au moment de l'admission :

- 1 photo récente
- 5 photocopies de l'attestation de Sécurité Sociale + (1) mutuelle + (1) carte vitale
- 1 photocopie des titres de pensions ou de rentes : nom des organismes
- 1 photocopie du livret de famille et de la carte d'identité
- Si demande d'Allocation Personnalisée au Logement : 1 photocopie de la déclaration des revenus
+ de l'avis d'imposition ou de non imposition
- 1 photocopie du jugement de mise sous protection juridique
- 1 photocopie de l'attestation d'assurance pour les objets de valeur

Autres informations _____

Indiquer ci-après les éléments particuliers à prendre en compte :

- Degré d'urgence de la demande.
- Conditions de vie actuelle, hospitalisation, évènements familiaux marquants,...

Identification de la personne qui remplit la partie administrative et sociale de la demande (p 1-2) _____

Nom Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone : |__|__|__|__|__|

Date de la demande :

Date souhaitée d'admission :

Signature :

Dossier consulté _____

Vu Direction :

Date :

Signature :

Vu Médecin coordonnateur :

Date :

Signature :

GIR :



Pour des raisons de confidentialité, veuillez plier ces feuilles dans une enveloppe. Merci

Evaluation fonctionnelle _____

A remplir par le médecin et/ou par l'infirmière et/ou l'équipe médico-sociale avec l'aide de l'entourage si possible. L'évaluation fonctionnelle est une partie essentielle de la demande d'inscription.

La précision des informations permet l'adéquation de l'orientation de la personne vers une structure adaptée.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : |__| / |__| / |____|

Grille A.G.G.I.R. Autonomie Gérontologie Groupe Iso-ressource	Fait seul totalelement Habituellement correctement	Fait partiellement Ou non habituellement Ou non correctement	Ne fait pas
Cohérence (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette du haut (visage, mains, rasage, coiffure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette du bas (toilette intime, membres inférieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du haut (vêtements enfilés par la tête et les bras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage moyen (boutonnage, ceinture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du bas (pantalons, bas, chaussage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation : se servir (couper la viande, peler un fruit, remplir son verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation : manger (porter les aliments à la bouche et avaler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination urinaire (en assurer l'hygiène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination fécale (en assurer l'hygiène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'intérieur (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur (à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance (Utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation fonctionnelle : autres éléments _____

Poids (indispensable) :

Taille :

Troubles visuels : Non Peu invalidants Très invalidants

Troubles auditifs : Non Peu invalidants Très invalidants

Informations médicales

A remplir par le médecin traitant ou le médecin hospitalier.

A établir pour chaque établissement où il y a une inscription et à mettre sous enveloppe.

Nom :

Prénom :

Antécédents essentiels (et dates) :

Diagnostics actuels les plus significatifs (et dates), données cliniques :

Contexte évolutif :

Quels sont les pronostics envisagés sur le plan fonctionnel et l'évolution pathologique prévisible ?

Traitement médicamenteux :

(indiquer s'il y a des allergies et des régimes alimentaires)

Surveillance :

Quels sont les éléments de surveillance et de suivi médical que vous recommandez ?

Identification du médecin

Coordonnées :

Téléphone :

Date :

Signature et cachet :

Nom :

Prénom :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Autres	Date de prescription

Choix du médecin traitant :

Nom - Prénom :
Adresse :
.....
Email :

Nom et adresse du ou des médecin(s) spécialiste(s) :

Nom - Prénom :
Adresse :
.....
Email :

Nom - Prénom :
Adresse :
.....
Email :

Nom - Prénom :
Adresse :
.....
Email :

Fait à le

Nom :

Signature :