



DOCUMENTS ADMINISTRATIFS A FOURNIR



Place du château - 47170 SOS
Email : accueil@ephad-sos.fr
Tel 05 53 65 65 65

AVANT L'ADMISSION

Compte tenu du contexte COVID, bien vouloir réaliser un test RT-PCR.

Le résultat doit être connu le jour de l'admission.

- Courrier de demande d'entrée précisant le mode de règlement des frais de séjour et indiquant que tous les enfants sont informés de la demande d'entrée,
- Photocopie du livret de famille complet avec les mentions marginales ou extrait de naissance,
- Photocopie de la carte d'identité, si nationalité étrangère, photocopie de la carte de séjour
- Attestation de la Sécurité Sociale,
- Carte de mutuelle,
- Justificatif de l'accord ou du refus de la demande de CMU ou ACS (dossier à compléter, téléchargeable sur internet : <https://www.previssima.fr/telechargement/formulaire-de-demande-cmu-c-et-ac.html>)
- Attestation d'assurance responsabilité civile personnelle (s'il en existe une),
- Dernière déclaration des impôts sur le revenu,
- Photocopie des 2 derniers avis d'imposition ou de non-imposition,
- Photocopie de la taxe foncière (si propriétaire)
- Photocopie des justificatifs de chaque ressource (retraites, pension d'ancien combattant, veuve de guerre et intérêts des capitaux placés, 3 derniers relevés des comptes bancaires, etc ...),
- Notification APA,
- Numéro d'allocataire à la CAF (si perception de l'allocation logement)
- Dossier médical de pré-admission en EHPAD (joint au dossier),
- Renseignements administratifs de pré-admission en EHPAD (joint au dossier),
- Accusé de réception des conditions de séjour et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie (joint au dossier),
- Photocopie du jugement du Tribunal (si protection de justice: tutelle, curatelle ..),
- Photocopie du contrat obsèques,
- Lister les noms et adresses des obligés alimentaires (conjoint, enfants, le cas échéant petits-enfants),
- 2 Relevé d'identité Bancaire :
 - 1 pour le prélèvement des frais de séjour,
 - 1 pour le dossier d'Allocation Logement.

LE JOUR DE L'ADMISSION

- Carte vitale,
- Règlement de 30 euros (si marquage du linge),
- Caution de 15 jours du tarif hébergement en vigueur le jour de l'entrée

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement 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

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------------	-----	-----

OUI	NON
-----	-----

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

OUI NON

OUI NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

Kinésithérapie

REEDUCATION OUI NON

Orthophonie

Autre (préciser)

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

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