

Demande d'entrée

en établissement d'hébergement pour personnes âgées

- Hébergement résidentiel
- Séjour temporaire
- Accueil de jour

- **Original à conserver par le demandeur**
- **Photocopies à adresser à chacun des établissements souhaités**
 - *Renseignements administratifs (4 pages)*
 - *Renseignements médicaux (4 pages)*

Renseignements Administratifs

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

Décision à adresser à : Demandeur à Tél :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le : à :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal/Ville :

Tél :

Propriétaire Locataire Aide au Logement n°CAF ou MSA :

Hospitalisation depuis le : lieu :

Dernière adresse (autre que logement-foyer ou maison de retraite) :

.....

Bénéficiaire de : L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
 L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
 La prestation de compensation du handicap (PCH)

Département payeur :

Bénéficiaire de : La majoration pour tierce personne (MTP)

Situation familiale

célibataire marié(e) pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf (ve)

Depuis le : Nombre d'enfants : (garçons : / filles :)

■ COORDONNÉES DES PERSONNES À PRÉVENIR (préciser le nom et l'adresse)

.....

Tél : Parenté :

.....

Tél : Parenté :

.....

Tél : Parenté :

.....

Tél : Parenté :

.....

Tél : Parenté :

.....

Tél : Parenté :

.....

Tél : Parenté :

Situation administrative

■ SÉCURITÉ SOCIALE :

Immatriculation :

Numéro et adresse du centre :

Prise en charge à 100% date de fin d'effet :

Demande en cours date de la demande :

■ MUTUELLE

nom et adresse :

n° d'adhérent :

■ ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

nom et adresse :

n° d'adhérent :

■ DÉCISION DE JUSTICE : sauvegarde curatelle tutelle

Nom et coordonnées du représentant légal :

.....

Tél :

■ AIDE SOCIALE

Du au

Demande d'aide sociale en cours date de la demande :

lieu :

Revenus

Organisme	Adresse	N° d'affiliation	Montant annuel

DOSSIER REMPLI PAR :

la personne elle-même

Nom :

son entourage

service social

autre :

Vie sociale et culturelle

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Profession antérieure :

Loisirs en groupe

- Jeux
- Soirées, spectacles
- Sorties (restaurant, groupe de promenade)
- Art
- Artisanat, activités manuelles
- Activités culinaires
- Exercices, sport, gym douce
- Chant
- Activités intergénérationnelles
- Activités spirituelles, religieuses
- Capacité à s'investir dans la vie de l'établissement
(réunions, colloques, conseils des résidants, association, permanence boutique, revue hebdomadaire)

Loisirs individuels

- Lecture, écriture
- Multimédia
- Rencontres individuelles (bénévoles)
- Sorties à la carte (courses dans le quartier)
- Télévision, radio
- Visites, famille, amis
- Musique
- Intérêt pour les soins du corps (manucure, esthétique...)
- Intérêt pour les animaux

Autres

- Religion
- Capacité à gérer son argent (achat, boutique, cafétéria, coiffeuse...)
-
-
- POUR UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT, AURIEZ-VOUS D'AUTRES RENSEIGNEMENTS À NOUS TRANSMETTRE ?

.....

.....

.....

.....

Renseignements médicaux

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code Postal/Ville :

Numéro de sécurité sociale :

Centre :

100 % pour quelles pathologies? :

ALD motif maladie :

Protection juridique : sauvegarde tutelle curatelle

Motif de la demande :

Référents familiaux ou autres référents :

.....

.....

.....

Antécédents

Médicaux :

.....

Chirurgicaux :

.....

Escarre site : Ulcères site :

Profil sérologique :

Pace Maker Prothèse

Transfusion récente

Allergies connues :

Habitus :

Pathologies actuelles

.....

.....

.....

MEDECINS (généralistes ou spécialistes) :

.....

En cas d'hospitalisation : préciser les dates et les coordonnées de l'hôpital ou du service :

.....

.....

Vaccinations

- - Antitétanique : Date du dernier rappel :
 - Antigrippal : Date de la dernière injection :
 - Pneumovax : Date de la dernière injection :

Examen clinique

- Aspect général : Taille : cm Poids :kg
- Douleur site :
- Maigrissement : progressif rapide

Appareil cardio-vasculaire

- Pression artérielle : couché :
- debout :
- Fréquence cardiaque :
- Hypotension orthostatique Troubles du rythme : lequel :
- Anomalies à l'auscultation :
- Etat des membres inférieurs :
- Pouls : présents absents
- Oedèmes : Lesquels :
- Artérite :
- Bandes à varices

Appareil respiratoire

- Auscultation pulmonaire :
- Dyspnée Cyanose site :
- Expectoration Fréquence :
- Besoin d'O₂ Besoin de kinésithérapie respiratoire
- Fausses routes
- Toux

Examen neuro-psychique

- Neurologie : Trouble de la marche Trouble de l'équilibre Chutes
- Paralyse Aphasie
- Autres :
- Psychique : Troubles de la mémoire Troubles du sommeil Dépression
- MMS Scores : Dates :
- Troubles du comportement : Agressivité Agitation Apathie
- Déambulation Fugue

Examen rhumatologique

- Prothèse : Genou Hanche Autre :
-

Etat cutané

Programme de changement de position

Escarre site : Ulcères site :

Mycoses site : Eczéma site :

Autres :

Appareil digestif

Signes fonctionnels :

Douleurs gastriques

Diarrhée Constipation Besoin de laxatif

Dentition : bonne mauvaise Prothèse : haut bas

Palpations : hépatomégalie splénomégalie

Stomie

Toucher rectal

Appareil urogénital

Insuffisance rénale Incontinence urinaire

Prostate :

Examens complémentaires (biologiques et radiologiques...)

(Albumines, NFS, iogramme, créatinine, glycémie à jeun, ECG, radio pulmonaire)

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

Observations complémentaires et surveillance particulière

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

Traitement en cours et dernière ordonnance

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

- L'état de santé justifie :
- des soins constants
 - une surveillance autre que médicale
 - une prise en charge kinésithérapeutique
 - une prise en charge orthophoniste
 - une gestion de la prise des médicaments

Autre :

Autonomie

GIR : effectué le : par :

A : *Fait seul, totalement, habituellement, ou correctement*

B : *Fait partiellement ou non habituellement ou non correctement*

C : *Ne fait pas*

Grille Nationale AGGIR				
	Variables			
Cohérence Converser et/ou se comporter de façon sensée	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Orientation Se repérer dans le temps Les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	Dans le temps : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dans l'espace : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Toilette Concerne l'hygiène corporelle				<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> à prendre en charge complètement
Toilette haut	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Toilette bas	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Habillage S'habiller, se déshabiller, se présenter				<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> à prendre en charge complètement
Habillage haut	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Habillage moyen	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Habillage bas	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Alimentation Manger les aliments préparés				<input type="checkbox"/> régime sans sel <input type="checkbox"/> sans sucre <input type="checkbox"/> hyperprotéiné Type d'alimentation : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> haché <input type="checkbox"/> mixé Hydratation : <input type="checkbox"/> à surveiller <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> perfusion sous cutanée Prothèses dentaires : <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas
Se servir	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Manger les aliments préparés	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide (stimuler, couper la viande) <input type="checkbox"/> doit être alimenté
Elimination Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> continence <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> sondage intermittent
Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	incontinence urinaire : <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> totale
Assumer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	incontinence fécale : <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> totale
Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec un lève-malade
Déplacements à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> sans canne <input type="checkbox"/> avec canne <input type="checkbox"/> avec déambulateur <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> avec une tierce personne
Déplacements à l'extérieur A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> sans canne <input type="checkbox"/> avec canne <input type="checkbox"/> avec déambulateur <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> avec une tierce personne
Communication Utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> langue française maîtrisée Sinon, la langue parlée <input type="checkbox"/> trouble du langage <input type="checkbox"/> trouble de la compréhension

Qualité de l'ouïe : bonne hypoacousie cophose prothèse auditive interventions chirurgicales

Qualité de la vue : bonne mauvaise cécité lunettes prothèse oculaire interventions chirurgicales

Date :

Signature et cachet du médecin

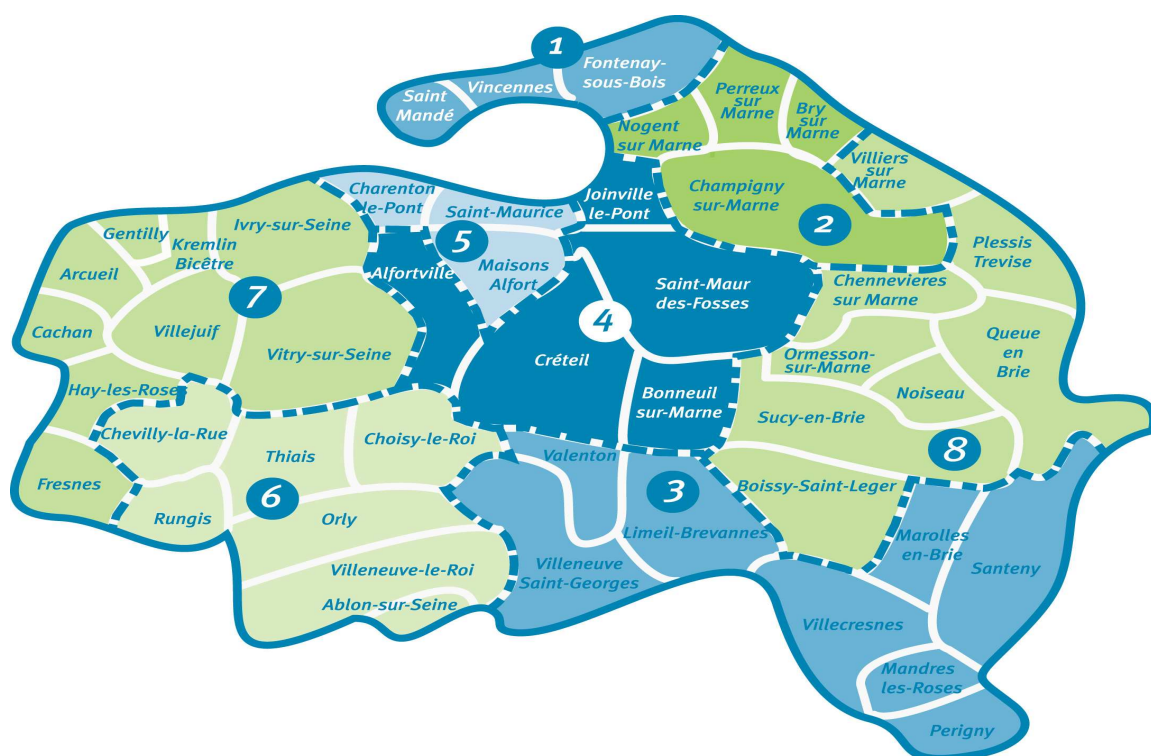
Demande d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées

Le CLIC, Centre Local d'Information et de Coordination

Lieu d'information et d'échange, le CLIC travaille à la coordination des actions médico-sociales en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus pour

- faciliter l'accès aux droits et aux services appropriés
- promouvoir des actions de soutien destinées aux familles et aux proches
- accompagner les projets de vie des personnes
- favoriser l'articulation des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales
- créer et animer un réseau local de professionnels intervenant dans le champ gérontologique, afin de favoriser le partage d'informations et un travail en partenariat.

La sectorisation gérontologique du Val-de-Marne



Les CLIC du Val-de-Marne

CLIC 2	01 49 83 18 95	2 rue du 2 décembre 1870 - 94360 BRY-SUR-MARNE
CLIC des Rives de Marne Bry-sur-Marne, Champigny-sur-Marne, Le Perreux-sur-Marne, Nogent-sur-Marne. www.clic2marne.org		
CLIC 3	0 800 589 365	48 rue Henri Barbusse - 94456 LIMEIL-BREVANNES
Limeil-Brevannes, Mandres-les-Roses, Marolles-en-Brie, Périgny, Santeny, Valenton, Villecresnes, Villeneuve-Saint-Georges.		
CLIC 4	01 42 07 08 71	28 avenue de Verdun - 94000 CRETEIL
Alfortville, Bonneuil-sur-Marne, Créteil, Joinville-le-Pont, Saint-Maur-des-Fossés. www.clicsecteur4.fr		
CLIC 7	0 825 825 778	23 allée du Petit Tonneau - 94400 VITRY-SUR-SEINE
Arcueil, Cachan, Fresnes, Gentilly, L'Hay-les-Roses, Ivry-sur-Seine, Kremlin-Bicêtre, Villejuif, Vitry-sur-Seine. www.clic7.com		
Autres secteurs	01 43 99 75 75	13/15 rue Gustave Eiffel - 94011 CRETEIL CEDEX
Service Accueil Information Personnes âgées - Personnes handicapées Pôle Prévention et Action Sociale - Direction de la Solidarité pour l'Autonomie www.reperage94.fr		