



N° 14732\*01

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 Bienvenue à l'EHPAD « Menez Kergoff » - Penmarc'h**

Nous avons vocation d'accueillir des personnes âgées dépendantes, au sein d'un établissement, Ouvert en 1987. Ce dernier est situé dans une localité à caractère maritime, Penmarc'h, dans le département du Finistère (29).

L'EHPAD « Menez Kergoff » présente une capacité d'accueil de 90 places d'hébergement permanent, dont 15 places en unité protégée. Notre projet est centré sur la personne, ses désirs, ses volontés, dans un contexte d'ouverture sur l'extérieur, sur les relations sociales, sur la citoyenneté. Menez Kergoff se veut un lieu de convivialité et notre établissement s'inscrit pleinement dans cette dimension, c'est-à-dire :

- Où il fait bon vivre ;
- Où le quotidien repose sur un projet construit, partagé, humain ;
- 
- Identifié dans la cité, comme un véritable lieu de vie, en interaction constante avec la communauté.

L'établissement est conventionné avec les services du Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé. La troisième convention tripartite a été renouvelée le 20 mai 2014.

Conjointement, des objectifs « qualité » ont été définis, notamment l'organisation du fonctionnement de l'établissement, la médicalisation et l'organisation des soins, la formation du personnel; la formalisation des procédures de travail, le suivi des objectifs du projet d'établissement 2018-2023.

**NB : Les tarifs applicables vous sont joint sur un document annexe.**

## 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 EXERCANT 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 FAMILIALE**  
Célibataire     Vit maritalement     Pacsé(e)     Marié(e)     Veuf(ve)     Séparé(e)     Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**      OUI       NON       En cours   
Si oui, laquelle :    Tutelle     Curatelle     Sauvegarde de justice     Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement 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 ou département

**ADRESSE**  
N° Voie, rue, boulevard

Code postal      Commune/Ville

Téléphone fixe      Téléphone portable

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (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

---

## DEMANDE

Type 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/SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour   
Autre (précisez)

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<sup>(1)</sup>

### 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

---

<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>

### 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 FINANCIERS

Comment 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 : Immédiat  Dans les 6 mois  Echéance 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'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

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 MULTIRESISTANTE

|                   |     |     |
|-------------------|-----|-----|
| NE<br>SAIT<br>PAS | OUI | NON |
|-------------------|-----|-----|

|     |     |
|-----|-----|
| OUI | NON |
|-----|-----|

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

|         |  |  |
|---------|--|--|
| Alcool  |  |  |
| Tabac   |  |  |
| Sevrage |  |  |

Taille

Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**

Cécité      OUI     NON   
Surdité    OUI     NON

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

OUI     NON

**REEDUCATION**      OUI     NON

Kinésithérapie              
Orthophonie  
Autre (préciser)

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

**DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

| 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

|  |
|--|
|  |
|--|