



ASSOCIATION RÉSILIENCE OCCITANIE  
*HANDICAP, DÉPENDANCE, SOIN*

PR-ADM-FT-03  
V1 : 09/2012

## EHPAD La Bastide Beauchalot

### Dossier d'admission

Sur dossier

Rencontre

Institution   
Domicile

Date : .....

Réalisé par : .....

Nom du résident : .....

Demande d'hébergement permanent

Demande d'hébergement temporaire

Période : .....

La numérotation du document correspond à celle du dossier administratif et médical national  
Ce qui est écrit en italique correspond à des demandes spécifiques de l'équipe de l'EHPAD La Bastide

Légende du document :

- Pages sans encadré : partie administrative et histoire de vie
- Encadrés bleu : Habitudes de vie
- Encadrés Jaunes : Renseignements médicaux
- Encadrés verts : Présentation clinique, besoins fondamentaux

Nom de l'établissement : **EHPAD La Bastide**

Adresse : Lieu-dit « Le Pré Commun »

31 360 BEAUCHALOT

Nom du Responsable : Mme Sylvie LACOSTE-MANS

Téléphone : 07.86.67.94.58.

Fax :

E-Mail : [sylvie.lacoste-mans@apajh31.fr](mailto:sylvie.lacoste-mans@apajh31.fr)

## 1. ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE, *histoire de vie*

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom :

.....

N° de sécurité sociale : .....

Date et lieu de naissance : .... / ..... / 19 ..... à .....

Adresse : N° ..... voie : .....

Code postal : 

--	--

--	--	--	--

 Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

### **Situation familiale :**

Célibataire  Vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfants : ..... *Fille(s)* ..... *Garçon(s)* .....

*Petits enfants* : .....

*Type de relation* : .....

.....

.....

*Evènements importants ayant marqué la vie familiale de la personne :*

.....

.....

.....

.....

### **Histoire professionnelle :**

*Quels diplômes ? Evènements importants ayant marqués la vie professionnelle de la personne.*

.....

.....

.....

.....

### **Croyance :**

*Pratique régulière d'un culte*  *oui*  *non*

*Souhait* : .....

.....

**Souhaits en cas de décès :**

Dernières volontés connues :.....  
.....

Existence de directives anticipées  oui  non

Si oui, sont-elles déposées .....  
.....

Qui informer :.....

quelle que soit l'heure  En journée uniquement (préciser créneau horaire si besoin).....

**Régime juridique :**

La personne concernée est-elle sous régime de protection ?  Oui  non  en cours

Si oui,  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle  Mandat de protection future

Coordonnées de la personne :.....

**Coordonnées du représentant légal :**

Nom :..... Prénom :.....

Qualité :.....

Adresse :.....  
.....

.....

Téléphone :.....

Mail :.....

**2. Personne de confiance, personne à prévenir en cas d'urgence**

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée ?

Oui  Non

Nom/Prénom de la personne:.....

Adresse :.....  
.....

.....

Téléphone :.....

Mail :.....

Lien de parenté ou de relation avec la personne

concernée : .....

.....  
.....

***Personne à prévenir en cas d'urgence :***

*Précisez dans quel créneau horaire (H 24 ?).....*

.....

***Souhait pour la gestion du linge :***

Famille  EHPAD  Autre : .....

**3. Contexte de la demande**

Type d'hébergement demandé :

Hébergement permanent  Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité :  Oui  Non

**Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas lui-même le document :**

- Le consentement éclairé n'a pas pu être recueilli

**Situation de la personne concernée à la date de la demande :**

Domicile  *seul*  *en couple*

Chez enfant, proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  *Famille d'accueil*

Autre, précisez : .....

*Type d'habitat :*  *maison*  *appartement*

*Animal de compagnie :*  *Oui*  *non* *Précisez : .....*

**La personne concernée est informée de la demande :**

Oui  Non

**La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ?**

Oui  Non

**La demande est faite par un tiers.**

*Précisez (membre de la famille, professionnel...) nom,*

*coordonnées : .....*

.....

*La personne adhère-t-elle à cette démarche ?*  *Oui*  *Non*

**Comment le vit-elle ? (adhésion au projet)**

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

Quel(s) évènement(s) a (ont) motivé la demande :

- habitat inadapté       isolement       rapprochement familial  
 dépendance physique       dépendance psychique

Autre : .....  
.....

**Quelles sont les attentes du futur résident, de sa famille vis-à-vis de l'entrée en EHPAD ?**

.....  
.....

**4. Coordonnées des personnes à contacter au sujet de cette demande**

La personne concernée elle-même :     Oui     Non

**Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter :**

① Nom, prénom :.....

Adresse :.....  
.....  
.....

Téléphone :.....

Mail :.....

Lien de parenté ou de relation avec le  
demandeur :.....

② Nom, prénom :.....

Adresse :.....  
.....  
.....

Téléphone :.....

Mail :.....

Lien de parenté ou de relation avec le  
demandeur :.....

**5. Aspects financiers**

Comment la personne concernée pense-t-elle financer les frais de séjour ?

- Seule
- Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement :

- Oui
- Non
- Demande en cours ou envisagée

Allocation logement (APL/ALS) :

- Oui
- Non
- Demande en cours ou envisagée

Allocation personnalisée :

- Oui
- Non
- Demande en cours ou envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne :

- Oui
- Non

**6. Identification de la personne qui remplit le volet administratif de la demande**

Nom/Prénom de la personne:.....

Qualité/Lien de parenté :.....

Adresse :.....  
.....  
.....

Téléphone :.....

Date d'entrée souhaitée :

- Immédiat
- Dans les 6 mois
- Echéance plus lointaine

# HABITUDES DE VIE

## 1. Caractère

Aime la compagnie     Solitaire     Souhait de recevoir des amis, de relations

## 2. Habitudes alimentaires

Plutôt salé     Plutôt sucré

Composition du petit déjeuner : .....

Gouter :  oui     non

Aliments ou plats favoris : .....

Dégouts alimentaires : .....

## 3. Activités appréciées

Lecture     Musique     Radio     Télévision     Actualités

Chants     Activités manuelles     Jeux de société     Informatique

Activités spirituelles     Mots croisés     Cuisiner     Couture

Sport     Marche     Cinéma   

Participation à des sorties     Jardinage     Pêche     Animaux

Autres ou précisions : .....

## 4. Sommeil

Heure de coucher : ..... Heure de lever : .....

Sieste :  oui     non

Lever la nuit :  oui     non

Insomnie  oui     non

Anxiété  oui     non

Habitudes particulières et/ou protocole en cas de réveil nocturne : .....

# DOSSIER MEDICAL ET PARAMEDICAL

## 1. Personne concernée

Nom/Prénom : .....

Date de naissance : .....

## 2. Motif de la demande

Changement d'établissement  Fin et retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile  Autre,

précisez : .....

## 3. Taille /poids

Taille : ..... Poids : .....

## 4. Fonctions sensorielles

**Cécité**  Oui  non

La personne voit :  Oui  non  avec appareillage lunettes  lentilles de contact

La personne lit  Oui  non

**Surdité**  Oui  non

La personne entend :  Oui  non  avec appareillage , gauche  droit

## 5. Risque de fausse route

Risque de fausse route  Oui  non

Solides  Liquides  Eau gélifiée

## 6. Rééducation

Kinésithérapie  Oui  non Orthophonie  Oui  non

Autre,

précisez : .....

.....

## 7. Données sur l'autonomie et besoins fondamentaux

**Transferts** :  A  B  C Transfert lit/fauteuil  A  B  C



**Déplacements :**

Intérieur  A  B  C

Extérieur  A  B  C

Risque de chute  oui  non

Alité  oui  non

**Toilette :**

Haut  A  B  C

Bas  A  B  C

au lit  au lavabo  à la douche  baignoire

Nécessité d'une réévaluation occasionnelle  oui  non

**Elimination :**

Urinaire  A  B  C

Fécale  A  B  C

Protection jour  Protection nuit

Etui pénien  Bassin

**Habillage :**

Haut  A  B  C

Moyen  A  B  C

Bas  A  B  C

Nécessité d'une réévaluation occasionnelle  oui  non

**Alimentation :**

Se servir  A  B  C

Manger  A  B  C

Prothèse dentaire  oui  non Si oui  haut  bas

Régime alimentaire  oui  non Précisez :.....

**Orientation :**

Temps  A  B  C

Espace  A  B  C

**Communication :**

Langues parlées :.....

Parle sans difficulté  Quelques difficultés  Sur incitation  Difficultés importantes

Troubles de la cohérence du discours

Communication pour alerter :  A  B  C

Sait utiliser le téléphone  Sait utiliser une sonnette

**Cohérence :**  A  B  C

**Respiration :**

Normale

Essoufflement  Effort  Repos

Oxygénothérapie  oui  non Si oui, débit .....l/mn

Aérosol  oui  non

Kinésithérapie respiratoire  oui  non Si oui, fréquence :.....

## 8. Symptômes psycho comportementaux

Normal  oui  non Partiellement perturbé  oui  non Totalement perturbé  oui  non

Idées délirantes  oui  non

Hallucinations  oui  non Visuelles  Auditives

Confusion  oui  non

Agitation agressivité (cris...)  oui  non Diurne  Nocturne

Troubles de l'humeur  oui  non

Dépression  oui  non

Anxiété  oui  non

Apathie  oui  non

Désinhibition  oui  non

Comportement moteur aberrant (dont déambulation pathologique....)  oui  non

Troubles du sommeil  oui  non

Démence diagnostiquée  oui  non

Triste, renfermé(e)  oui  non

Déambulation  oui  non

Risque de fugue  oui  non

Prise en charge non médicamenteuse aidant à la gestion des troubles du sommeil :

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

### Moyens de sécurité :

Barrières de lit  Droite  Gauche

Contention  Fauteuil  Lit

Secteur protégé

## 9. Soins techniques

Sonde à oxygène  oui  non

Sondes d'alimentation  oui  non

Sonde trachéotomie  oui  non

Sonde urinaire  oui  non

Gastrostomie  oui  non

Colostomie  oui  non

Urétérostomie  oui  non

Appareillage ventilatoire  oui  non

*Précisez :.....*

Chambres implantables  oui  non

Dialyse péritonéale  oui  non

*Perfusion sous cutanée*  oui  non

## 10. Pansements ou soins cutanés

Soins d'ulcère  oui  non

Soins d'escarres  oui  non

*Autre, précisez :.....*

Localisation :.....

Stade :.....

Durée du soin :.....

Type de pansement :.....

*Besoin d'aide pour la réalisation du pansement*  oui  non

*Evolution* .....

*Contention veineuse*  oui  non

## 11. Appareillages

Fauteuil roulant  oui  non

Lit médicalisé  oui  non

*Matelas à air*  oui  non

Matelas anti escarres  oui  non

Déambulateur  oui  non

*Canne*  oui  non

Orthèse  oui  non

Prothèse  oui  non

*Chaise percée*  oui  non

Pace maker  oui  non

*Date du dernier contrôle* : .....

Autres

(précisez) :.....

## 12. Antécédents

MEDICAUX :

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

CHIRURGICAUX

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

ATCDS TRANSFUSIONNELS : .....

ALD  oui  non

Si oui, photocopie si possible de l'attestation remplie par le médecin traitant ou précision pour quelle(s) pathologie(s) .....

## 13. Gère seul son traitement

oui  non

## 14. Allergie(s) (dont médicamenteuses)

oui  non

Si oui, précisez : .....

*Intolérance médicamenteuse* : .....

## Vaccinations

DT Polio, date de la dernière injection : .....

Pneumocoque, date de la dernière injection : .....

Grippe, date de la dernière injection : .....

## 15. Portage de bactéries multi résistantes

oui  non  ne sait pas

Précisez (localisation...) : .....

## 16. Pathologies actuelles, évolution clinique récente

Pathologies actuelles .....

.....

.....

.....

*Evolution clinique récente :* .....

.....

.....

.....

.....

### 17. Autres soins

Soins palliatifs  oui  non

### 18. Conduites à risque

Alcool  oui  non

Tabac  oui  non (PA=.....)

Sevrage  oui  non

Médicaments  oui  non

Autres (précisez) :.....

.....

Gestion de la conduite à risque : .....

.....

### 19. Médecin traitant *et autres intervenants médicaux et para médicaux*

#### MEDECIN TRAITANT :

Nom, prénom : .....

Commune : .....

N° de téléphone .....

Mail :.....

*Choix du médecin traitant dans l'institution :* .....

.....

*Spécialistes référents :* .....

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

***Intervenants para médicaux déjà en place :***

*Kinésithérapeute (précisez indication) : .....*

*Dentiste : .....*

*Pharmacie : .....*

*Taxi/ambulance : .....*

*Laboratoire : .....*

*Radiologue : ..... Pédicure : .....*

*Coiffeur : ..... Esthéticienne : .....*

**20. Traitements en cours**

Nom, posologie, administration (ou joindre dernière ordonnance)

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

**21. Commentaires et recommandations éventuelles**

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

***Préférence du lieu d'hospitalisation si besoin :***

.....

**22. Date, nom et fonction de la personne qui a renseigné le dossier**

.....