

EHPAD de GERBEVILLER



1, Ruelle du Jard
54830 GERBEVILLER
Téléphone: 03.83.42.70.07
Fax: 03.83.42.78.63
secretariat@MR-GERBEVILLER.fr

Dossier d'admission



EHPAD de Gerbéviller

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Le dossier ci-joint est à remettre dûment rempli au service administratif de l'établissement auprès de:

Mme Isabelle LAURENT

03.83.72.38.72

Par ailleurs, si vous souhaitez effectuer une visite, veuillez contacter l'accueil de l'établissement au :

03.83.42.70.07



*Dossier suivi par Mme Isabelle LAURENT
Tél : 03.83.72.38.72*

A Gerbéviller, le 28 avril 2016

Objet: Inscription en EHPAD de GERBEVILLER

Madame, Monsieur,

Comme suite à votre demande pour une admission dans notre EHPAD, je vous prie de trouver ci-joint la liste des documents nécessaires à son enregistrement.

Compte tenu des demandes, je ne puis que vous recommander de me retourner au plus vite les fiches renseignées.

Votre inscription ne pourra être confirmée qu'à l'issue de la remise complète de votre dossier et après étude par la commission des admissions.

Le prix de journée pour l'année 2016 s'élève à la somme de 61.31€ pour une chambre double et 62.59€ pour une chambre seule (APA déjà déduite).

Le prix de journée pour un hébergement temporaire varie selon le degré d'autonomie de la personne accueillie. Quant au tarif journalier de l'Accueil de jour, il est de 31 € pour l'année 2016

Vous remerciant pour la confiance que vous nous accordez,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Isabelle LAURENT



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale



N° 14732*01

**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

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.

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/SAD¹ 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⁽¹⁾

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

¹ 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 contacter²

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

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

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI NON
Cécité
Surdité

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

--



EHPAD de Gerbéviller

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

J'ai pris connaissance du document et je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je soussigné(e) :
NOM marital : NOM de jeune fille :
Prénom(s) :
Date et lieu de naissance :

Désigne comme personne de confiance pour la durée de mon séjour :

Monsieur Madame Mademoiselle
NOM marital : NOM de jeune fille :
Prénom(s) :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Téléphone :

Cette personne est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

J'ai bien noté :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour les faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche prévue à cet effet
- Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord

Fait le :

Signature du résident :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je soussigné(e) : Nom Prénom
Certific avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance de la personne ci-dessus identifiée
Fait le : Signature de la personne de confiance désignée :

La sécurité, c'est bien s'identifier

Votre admission à l'EHPAD de Gerbéviller donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif confidentiel.

Cela nécessite dès votre arrivée, la saisie d'informations précises telles que votre nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse...

Vous devez nous fournir les documents suivants

Documents d'identité (photocopie) :

- ◇ *Carte d'identité ou passeport ou carte de séjour*
- ◇ *Livret de famille ou acte de naissance*
- ◇ *Carte d'invalidité*
- ◇ *Photo d'identité (si possible récente)*

Documents de couverture sociale (photocopie) :

- ◇ *Attestation vitale + carte vitale demandée à l'entrée*
- ◇ *Carte de mutuelle*

Documents divers :

- ◇ *Attestation responsabilité civile*
- ◇ *Feuille d'imposition ou de non imposition*
- ◇ *Justificatifs de ressources*
- ◇ *Jugement de mise sous protection*
- ◇ *Formulaire de désignation de la personne de confiance*

TROUSSEAU SOUHAITABLE

12 mouchoirs	- 2 paires de chaussons
12 gants de toilette	- 1 paire de chaussures
12 serviettes de toilette	- Mouchoirs en papier
1 drap de bain	- Savon liquide
6 serviettes de table	- Shampoing
1 imperméable ou 1 manteau (selon la saison)	- Eau de toilette
1 chapeau de soleil	- Dentifrice ou Stéradent
12 slips	- Brosse à dent
12 chemises ou maillots de corps	
6 combinaisons	
6 robes ou jupes ou pantalons + pulls	
2 vestes ou gilets (100% acrylique)	
8 paires de bas ou chaussettes	
1 cravate	
1 robe de chambre	
6 chemises de nuit ou pyjamas	
4 soutiens-gorge	
Rasoir électrique ou rasoirs jetables qui seront à renouveler	
Une trousse de toilette et un sac de voyage	

Les robes et les chemises de nuit médicalisées sont à la charge de la famille.

Cette liste est donnée à titre indicatif et correspond au minimum souhaitable. Ce trousseau devra être adapté en fonction de chaque personne, selon le sexe, les habitudes vestimentaires, sa dépendance.

Pour tout renseignement, vous pourrez vous adresser à la conseillère hôtelière de l'établissement.

Tout le linge doit être marqué (nom et prénom) avec des marques tissées .
Il serait bon que le linge soit marqué de la manière suivante :
Mouchoirs, serviettes et gants de toilette au coin à gauche sur l'endroit,
L'autre linge à l'encolure et au dos ou à la ceinture et au dos
Les chaussons et chaussures doivent être marqués

D'une part, les étiquettes peuvent être commandées et livrées rapidement par l'établissement et d'autre part la conseillère hôtelière peut vous indiquer une couturière susceptible d'effectuer le marquage.

Nous vous demandons d'assurer le renouvellement régulier du linge et du nécessaire de toilette. Vous voudrez bien assurer le marquage avant de déposer le linge renouvelé.

Compte-tenu des conditions de nettoyage par la blanchisserie, il est souhaitable d'éviter les textiles délicats (laine, Damart...) dont la lingerie ne pourrait pas garantir un entretien approprié.

Nous vous en remercions par avance.