

Réservé à l'établissement :

Date de la demande : Attente Abandon
Date de la réponse :
Date d'admission : Le

DEMANDE D'ADMISSION (à remplir par la Personne Agée ou sa famille)*

Hébergement définitif <input type="checkbox"/> Maison de retraite <input type="checkbox"/> USLD <input type="checkbox"/> Unité Alzheimer	Accueil temporaire <input type="checkbox"/> durée souhaitée: du au	Accueil de jour <input type="checkbox"/> fréquence souhaitée:
--	---	--

Demande d'admission pour : Homme Femme

Nom : Prénom :

Situation de famille : Nom de jeune fille :

Né (e) le : à :

Adresse : N° Rue :

Code Postal : Ville :

Tél :

Situation au moment de la demande :

à domicile hospitalisé(e)

établissement, Lieu : Service :

Situation du conjoint au moment de la demande :

à domicile hospitalisé(e)

établissement, Lieu : Service :

Demande en couple Remplir 1 dossier pour chaque membre du couple

Référent du dossier = personne à contacter pour donner suite à cette demande :

Nom : Prénom :

Adresse : N° Rue :

Code postal : Ville :

Lien avec la personne âgée :

Tél : E-mail :

*Vous faites une demande d'admission en établissement. Afin de faciliter le suivi des demandes d'admission et améliorer l'orientation des usagers, il vous est demandé, lors de votre admission dans un établissement, d'autoriser ce dernier à en informer le CLIC de votre secteur. Celui-ci informera par voie électronique les autres établissements sollicités de votre admission. S'agissant d'un traitement informatique, il est soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978. Cette loi garantit un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux personnes concernées.

Afin de vous faciliter la tâche, ce dossier standard est utilisable auprès de l'ensemble des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de Moselle. Il est à photocopier en cas de demande auprès de plusieurs établissements. Téléchargeable sur le site CG57: www.cg57.fr

Origine de la demande d'admission

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La personne elle-même | <input type="checkbox"/> Un établissement hospitalier : |
| <input type="checkbox"/> Sa famille | <input type="checkbox"/> Le médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> Service social ou CLIC | <input type="checkbox"/> Réseau : |
| <input type="checkbox"/> Une tutelle | |

Coordonnées du demandeur :

Couverture Sociale

* Régime de Sécurité Sociale : Général Local MSA Autre :

Caisse de Sécurité Sociale du demandeur ?

* Mutuelle Soins Complémentaire :

* Caisse de retraite principale :

* Caisses de retraite complémentaires :

.....

.....

* Allocations diverses : ACTP APA AAH PCH

Médecin Traitant

NOM :

Adresse :

N° Téléphone :

Aides actuelles :

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie | <input type="checkbox"/> Portage de repas | <input type="checkbox"/> Téléalarme |
| <input type="checkbox"/> Soins infirmiers | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Raisons de la demande :

Date et signature :

Certificat médical de

M

Né(e) le :

A faire remplir par votre médecin traitant ou un médecin hospitalier et à faire parvenir sous enveloppe portant la mention "Confidentiel médical" au médecin coordonnateur du ou des établissements choisis, en complément de la demande d'admission.

Motif de la demande

Médecin traitant ou hospitalier

.....

.....

Origine de la demande d'admission (Plusieurs possibilités de réponses)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La personne elle-même | <input type="checkbox"/> Un établissement hospitalier : |
| <input type="checkbox"/> Sa famille | <input type="checkbox"/> Le médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> Service social ou CLIC | <input type="checkbox"/> Réseau : |
| <input type="checkbox"/> Une tutelle | |

Principaux antécédents et dates :

Médicaux / Chirurgicaux / Psychiatriques / avec ou sans hospitalisation

Pathologies évolutives actuelles :

Allergies connues :

Traitements en cours :

Motif d'une surveillance médicale nécessaire :

.....

.....

.....

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE

État Général

Bon Moyen Mauvais Soins Palliatifs

Taille : _____ Poids : _____

Aspects relationnels

Communication verbale

Aisée Difficile Troubles de la compréhension Troubles phasiques

Comportement

Cohérent Lucide mais ralenti Désorienté Incohérent

MMS si connu _____ /30 Date : _____

Terrain anxieux Etat dépressif
 Opposition Agressivité Chutes à répétition
 Agitation Déambulation Risque de fugue
 Troubles du sommeil Inversion du rythme nyctéméral

suivi par un hôpital de jour et/ou une consultation mémoire : si oui, préciser :

Appareillage et prothèses

Cannes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prothèse(s) auditive(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déambulateur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lunettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prothèse(s) dentaire(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Soins Techniques

La personne dispose-t-elle de soins réguliers tels que :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Colostomie | <input type="checkbox"/> Pansements |
| <input type="checkbox"/> Cystostomie | <input type="checkbox"/> Perfusion |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Risque de fausse route |
| <input type="checkbox"/> Gastrostomie | <input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique |
| <input type="checkbox"/> Héparine sous cutanée | <input type="checkbox"/> Sonde vésicale |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale |

Escarres - Localisation :

Change complet : Jour Nuit

Porteurs de germes multi résistants ou ERV Oui Non
Besoin d'isolement Oui Non

Localisation :

Germe(s) :

Kinésithérapie d'entretien Oui Kinésithérapie quotidienne Oui

Coordonnées de l'infirmier(e) actuel(le) et ou du kinésithérapeute

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

Horaires auxquels vous pouvez être joint à votre cabinet médical :

.....

 Téléphone :

Date, Signature et cachet :

.....

Nom de la personne âgée :

**GRILLE D'AUTONOMIE
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Renseigner obligatoirement la grille et tous les cadres

**CONSEQUENCES DES DEFICIENCES
DETERMINATION DU GROUPE AGGIR**

A : Fait seul spontanément (S), totalement (T), correctement (C), habituellement (H)

B : Fait soit non spontanément et/ou non totalement et ou non correctement et/ou non habituellement

C : Ne fait pas

Pour chacune des variables et sous-variables, une réponse positive pour les quatre adverbess correspond au codage A, une réponse négative aux quatre adverbess au codage C et une réponse négative de 1 à 3 adverbess seulement au codage B.

Exemple : S T C H

A la réponse est oui pour tous les adverbess

B la réponse est non pour 1 à 3 adverbess

C la réponse est non pour tous les adverbess

A, B ou C

COHERENCE : conserver et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
TOILETTE : hygiène corporelle haut : A - B - C bas : A - B - C	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage : haut : A - B - C moyen : A - B - C bas : A - B - C	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés : se servir ⁽¹⁾ : A - B - C manger : A - B - C	
ELIMINATION : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : A - B - C fécale : A - B - C	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS INTERIEURS ⁽²⁾ : avec <input type="checkbox"/> canne, <input type="checkbox"/> déambulateur, <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
DEPLACEMENTS EXTERIEURS : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION à distance : téléphone, sonnette, alarme	

à
Signature et Cachet

Le

NB : ⁽¹⁾ Se servir : peler un fruit, ouvrir un yaourt, couper sa viande, se verser un verre

⁽²⁾ L'utilisation par la personne seule de cannes, d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être parfaitement indépendante pour ses déplacements

Les USLD ont été définies par la circulaire du 10 mai 2007.

1. Définitions : Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

2. Missions : Assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels, Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes, Assurer l'accompagnement des familles et des proches.

- pathologie(s) évolutive(s) présentant des décompensations fréquentes :
Préciser la date des hospitalisations ou décompensations dans l'année écoulée :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- sinon préciser les pathologie(s) à risque de décompensation

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....