



CONSEIL GÉNÉRAL
D'INDRE & LOIRE

DIRECTION
GÉNÉRALE ADJOINTE
SOLIDARITÉ ENTRE
LES PERSONNES

DIRECTION DES
PERSONNES AGÉES

Demande d'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées

NOTICE EXPLICATIVE

Vous souhaitez être hébergé(e) dans un **EHPAD** (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Afin de simplifier vos démarches, le Conseil Général d'Indre-et-Loire, les EHPAD du département et d'autres partenaires ont élaboré un **dossier unique de demande d'entrée, recevable dans tous les établissements d'Indre-et-Loire.**

Vous trouverez la liste et les coordonnées de ces établissements auprès de **TOURAIN REPER'AGE** et des **CLIC** (Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique). (cf. coordonnées au dos de la notice)

Le dossier unique est disponible auprès des EHPAD, de **TOURAIN REPER'AGE**, des **CLIC** et du Centre Communal d'Action Sociale de votre mairie.

Vous pouvez également **le télécharger** sur le site du Conseil Général : www.cg37.fr (Vie sociale, personnes âgées). Il est conseillé de contacter les établissements retenus pour connaître leurs possibilités d'accueil, leurs habilitations, leurs tarifs et pour une visite éventuelle de la structure.

Attention : il ne s'agit pas d'un dossier d'admission mais d'une demande d'entrée qui sera instruite par le ou les établissements destinataires de votre dossier en fonction des places disponibles. Si une admission s'avère possible, vous (ou votre référent*) serez contacté par l'établissement.

COMMENT PROCÉDER ?

Votre dossier se compose de deux fiches : une fiche administrative et une fiche médicale confidentielle.

- ▶ 1) Complétez **la fiche administrative**. Si besoin, demandez l'aide d'une personne de votre entourage ou d'un professionnel.
- ▶ 2) Faites remplir **la fiche médicale confidentielle** par votre médecin traitant ou à défaut par un autre médecin intervenant dans votre prise en charge. Il est recommandé de prendre rendez vous avec celui-ci afin de tenir compte du temps nécessaire pour remplir correctement le document.
- ▶ 3) Adressez les deux fiches (après les avoir photocopiées en nombre suffisant) aux établissements de votre choix.
- ▶ 4) Préparez dès à présent une **photocopie des pièces** qui ne seront **exigées que lors de votre admission** :
 - ✓ carte d'identité
 - ✓ livret de famille ou extrait d'acte de naissance (si vous êtes célibataire)
 - ✓ attestation d'assurance maladie
 - ✓ carte complémentaire santé
 - ✓ dernier avis d'imposition ou de non imposition
 - ✓ attestation d'assurance Responsabilité Civile
 - ✓ attestation annuelle des caisses de retraite principale et complémentaire
 - ✓ RIB (relevé d'identité bancaire)
 - ✓ 2 photos d'identité récentes

Le cas échéant :

- ✓ justificatifs des capitaux mobiliers : liste des placements et montants
 - ✓ justificatifs des revenus immobiliers
 - ✓ taxes foncières
 - ✓ notification d'accord APA
 - ✓ attestation de droits « aide au logement »
 - ✓ noms et coordonnées de tous vos enfants et petits enfants
 - ✓ jugement de tutelle, de curatelle ou de toute autre mesure de protection
 - ✓ mandat de protection future
 - ✓ coordonnées de votre notaire
 - ✓ contrat obsèques
- ▶ 5) Informez les établissements auprès desquels vous avez déposé une demande, de tout désistement et de tout changement dans votre situation.

A SAVOIR

FRAIS DE SÉJOUR* : ils diffèrent d'un établissement à l'autre. Avant toute admission, il est conseillé d'avoir une réflexion sur les modalités de prise en charge de ces frais au regard de leur montant et de votre capacité de paiement.

AIDES FINANCIÈRES POSSIBLES* : elles peuvent différer selon les établissements.

↳ Pour un hébergement permanent :

APA en établissement : Allocation Personnalisée d'Autonomie

Elle permet une prise en charge d'une partie du seul tarif dépendance (pas du tarif hébergement). Si vous êtes bénéficiaire de l'APA à domicile*, cette aide sera transformée en APA en établissement, d'un montant moindre, versée dans la majorité des cas directement à l'établissement.

Aides au logement* : tous les établissements ne sont pas habilités pour l'attribution de ces aides.

Aide sociale* : aide récupérable sur la succession du bénéficiaire

L'habilitation de l'établissement à l'aide sociale (tous ne le sont pas) permet au résident dans l'impossibilité de financer son séjour en EHPAD de bénéficier d'une prise en charge partielle par le Conseil Général des frais d'hébergement, après mise en œuvre de « l'obligation alimentaire ».

↳ Pour un hébergement temporaire ou un accueil de jour :

Votre caisse de retraite ou le Conseil Général (si vous êtes bénéficiaire de l'APA à domicile) peut participer au financement de vos frais d'accueil.

OU S'ADRESSER ?

↳ Conseil Général d'Indre-et-Loire - Direction des Personnes Agées

TOURAIN REPER'AGE

Centre d'information pour les personnes âgées et leur entourage

Centre Administratif du Champ-Girault

38, rue Édouard-Vaillant - 37041 TOURS

Tél : 02.47.31.45.31

www.cg37.fr ou www.touraine-reperage.com

courriel : touraine-reper'age@cg37.fr

↳ EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

↳ CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique)

CLIC de Tours : 53, rue du Sanitas - 37000 TOURS - Tél : 02.18.96.11.91

CLIC Sud Touraine : 17, rue de l'Église - 37240 LIGUEIL - Tél : 02.47.92.09.72

CLIC des 3 Vallées : 127, bd Jean-Jaurès - 37300 JOUÉ-LÈS-TOURS - Tél : 02.47.21.90.00

Ces coordonnées sont susceptibles de modifications.

*Les astérisques renvoient à des termes utilisés dans la fiche administrative du dossier de demande d'entrée.

AIDES FINANCIÈRES EN COURS

APA à domicile* oui non demande en cours
Allocation Adulte Handicapé (AAH) oui non demande en cours
Aide au logement* oui non demande en cours
Prestation de Compensation du Handicap (PCH) oui non demande en cours

PROTECTION JURIDIQUE

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique? oui non en cours

Tutelle Curatelle Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ)

Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) sauvegarde de justice

Identité du représentant légal :

Nom prénom.....

Adresse.....

Téléphone et courriel.....

Un mandat de protection futur a-t-il été donné ? oui non

TYPE D'ACCUEIL DEMANDE

Hébergement permanent date d'entrée souhaitée.....

Hébergement temporaire dates de séjour souhaitées.....

Accueil de jour

Chambre double Chambre individuelle Indifférent

MOTIF DE LA DEMANDE

.....

FRAIS DE SÉJOUR *

Pensez-vous financer vous même ou avec l'aide d'un tiers vos frais de séjour ? oui non

Une **demande d'aide sociale*** est elle envisagée ? oui non

Montant mensuel de vos retraites.....€

Autres revenus : Biens immobiliers oui non Capitaux mobiliers oui non

Autres oui non

INFORMATION ET CONSENTEMENT

Le futur résident est il informé de la demande ? oui non

Est il consentant ? oui non

Impossibilité de recueillir le consentement oui non

IDENTITÉ DU DEMANDEUR (si celui ci n'est pas le futur résident)

Nom et prénom.....

Adresse.....

Téléphone et courriel.....

Le cas échéant, lien de parenté ou autre avec le futur résident.....

Les informations enregistrées par l'établissement dans le cadre de cette demande sont réservées à son usage exclusif. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles en vous adressant à l'établissement concerné.

**Les astérisques renvoient à la notice explicative pour plus d'information.*

Demande d'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées

FICHE MÉDICALE DE PRÉ-ADMISSION

MÉDECIN COORDONNATEUR	
Avis	
Date	Signature

MÉDECIN ÉVALUATEUR	MÉDECIN TRAITANT (si différent de l'évaluateur)
Nom et prénom	Nom et prénom
.....
.....
Adresse	Adresse
.....
.....
.....
N° de téléphone	N° de téléphone

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS
Nom et Prénom
Nom de jeune fille
Sexe
Date de naissance
Situation maritale
Patient consentant à l'entrée en EHPAD <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> impossible à évaluer
ALD <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, motif
Motif d'entrée <input type="checkbox"/> maintien à domicile difficile
<input type="checkbox"/> sortie d'hospitalisation
<input type="checkbox"/> changement de situation
<input type="checkbox"/> raisons personnelles
<input type="checkbox"/> situation urgente
<input type="checkbox"/> autre
.....

ÉLÉMENTS MÉDICAUX

Poids _____ Taille _____ Dénutrition _____ IMC si connu
 Addiction(s) alcool tabac autre(s).....
 Allergie(s) et intolérance(s) oui non
 si oui, la(les)quelle(s)

Pathologie(s) en cours par appareil	Retentissement			
	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
1) Neurologique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s) Si manifestations neuro psychiques, précisez : <input type="checkbox"/> troubles mnésiques <input type="checkbox"/> désorientation temporo-spatiale <input type="checkbox"/> confusion <input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> dépression <input type="checkbox"/> euphorie <input type="checkbox"/> apathie <input type="checkbox"/> agressivité <input type="checkbox"/> agitation <input type="checkbox"/> opposition <input type="checkbox"/> déshinibition <input type="checkbox"/> déambulation <input type="checkbox"/> prostration <input type="checkbox"/> troubles du langage <input type="checkbox"/> propos incohérents <input type="checkbox"/> cris <input type="checkbox"/> hallucinations <input type="checkbox"/> délire	□	□	□	□
2) Cardio-vasculaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s) Pace maker <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	□	□	□	□
3) Pleuro pulmonaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)	□	□	□	□
4) Locomoteur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)	□	□	□	□
5) Génito-urinaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s) si incontinence urinaire <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> permanente	□	□	□	□
6) Rénal <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)	□	□	□	□
7) Digestif <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s) si incontinence fécale <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> permanente	□	□	□	□
8) Endocrinien <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)	□	□	□	□
9) Hématologique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)	□	□	□	□
10) Visuel <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Auditif <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)	□	□	□	□

Principaux antécédents médicaux - chirurgicaux - psychiatriques

[Empty box for medical history]

Traitements et soins actuels

► Traitement en cours (nom - posologie - voie d'administration)

[Dotted lines for treatment details]

► Traitement(s) dispensé(s) en structure sanitaire

- ☐ dialyse ☐ transfusion ☐ chimiothérapie ☐ radiothérapie ☐ autre(s)

► Isolement nécessaire ☐ oui ☐ non

si oui précisez la(les) raison(s) ☐ bactérie multirésistante ☐ autre(s)

► Soins en cours, matériel et aides techniques

- pansement(s) ☐ ulcère(s) ☐ escarre(s) ☐ plaie(s)

localisation(s)
.....
.....

☐ stomie(s) localisation(s) et motif(s)

☐ sonde(s) localisation(s) et motif(s)

☐ trachéotomie

☐ oxygénothérapie ☐ 24h/24 ☐ discontinue

☐ kinésithérapie ☐ orthophonie ☐ autre(s)

☐ orthèse(s) ou prothèse(s) précisez la(les)quelle(s)

☐ canne(s) ☐ déambulateur ☐ fauteuil roulant ☐ lève personne

NÉCESSITÉ D'UNE AIDE HUMAINE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

à remplir avec l'aidant principal (famille, aide à domicile, auxiliaire de vie...)

	Fait seul	Aide partielle	Aide totale
Toilette			
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage			
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyen (boutons, agrafes, ceinture...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation			
Se servir (couper la viande, éplucher un fruit, remplir un verre, ouvrir un pot de yaourt...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger (porter les aliments à la bouche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination (gestion de l'hygiène)			
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts			
Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements			
A l'intérieur du logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alerter			
(téléphone, sonnette, alarme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risques particuliers : errance chutes fausses routes autre(s)

Le médecin évaluateur souhaite-t-il être contacté par le médecin coordonnateur ? oui non

Date de l'évaluation :

Signature et cachet :

Si le médecin évaluateur le juge nécessaire, des documents complémentaires (derniers comptes-rendus d'hospitalisation, de consultations spécialisées, bilans biologiques...) peuvent être joints à cette fiche.