



DOSSIER UNIQUE

DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

NOTICE EXPLICATIVE A USAGE DES PROFESSIONNELS

DOSSIER UNIQUE

DE DEMANDE D'ENTREE EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES

> UN DOSSIER UNIQUE : POURQUOI ?

Pour simplifier les démarches administratives des personnes âgées et de leurs familles et faciliter le traitement de leur demande, le Département de Seine-Maritime a créé un dossier unique de demande d'entrée en établissement commun à tous les établissements pour personnes âgées du département.

> COMMENT SE PRÉSENTE-T-IL ?

Le dossier d'entrée comprend 3 volets :

- **VOLET 1** "demande d'entrée"
- **VOLET 2** "fiche autonomie"
- **VOLET 3** "fiche médicale"

❶ VOLET 1 “DEMANDE D’ENTRÉE”

Ce volet sera rempli par la personne âgée ou avec l’aide éventuelle d’un membre de sa famille ou de son entourage.

❷ VOLET 2 “FICHE AUTONOMIE”

Elle sera remplie par la personne âgée ou sa famille avec l’aide éventuelle d’un professionnel intervenant à domicile : assistant(e) social(e), infirmier (ère), aide à domicile...

Les informations portées sur cette fiche permettent une évaluation des besoins et des attentes de la personne âgée.

❸ VOLET 3 “FICHE MÉDICALE”

Ce volet ne concerne que les EHPAD (Etablissement d’Hébergement des Personnes Agées Dépendantes) et les USLD (Unité de Soins de Longue Durée)

Faites-la remplir exclusivement par un médecin (généraliste, spécialiste ou hospitalier).

Destinée au médecin coordonnateur de l’établissement, elle sera insérée, **sous pli fermé confidentiel**, dans le dossier envoyé à l’établissement choisi.

> COMMENT FONCTIONNE- T- IL ?

■ Si la personne âgée souhaite être accueilli(e) en Seine–Maritime

Remplissez un dossier de demande d’entrée et déposez-le dans les établissements choisis par la personne âgée

- Les personnes âgées ou leurs familles devront informer les établissements listés de tout changement ou évolution de leur situation.
- Passé un délai de six mois sans nouvelle des établissements sollicités, les personnes âgées ou leurs familles devront impérativement contacter les établissements par ordre de choix, pour prendre connaissance de la situation de leur dossier sur la liste d’attente.
- C’est toujours le directeur de l’établissement qui décide « in fine » de l’admission d’une personne âgée.

> LE DOSSIER UNIQUE : UN OUTIL EVOLUTIF

1. UNE EVALUATION DE MISE EN ŒUVRE PROGRAMMEE :

- Un bilan de mise en œuvre sera effectué.
- Les professionnels utilisateurs seront invités à participer à cette évaluation en communiquant leurs remarques.

2. LES EVOLUTIONS ENVISAGEES :

- Mise en œuvre d’un traitement informatique du dossier unique,
- Création d’un observatoire de l’offre et de la demande pour éclairer les choix des décideurs pour une meilleure adéquation de l’offre d’accueil par rapport à la demande.

> CONSEILS PRATIQUES

Où se procurer un dossier d'entrée ?

Vous pouvez vous le procurer :

■ En version "papier" :

- auprès de la mairie du lieu de domicile de la personne âgée, ou éventuellement du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de sa commune,
- auprès des Maisons du Département de votre territoire,
- auprès des Centres Médico-sociaux (CMS),
- auprès des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC),
- auprès de chaque établissement pour personnes âgées seinomarin,
- auprès de la DIPAPH – Services Établissements et Services – Bâtiment F – Quai Jean Moulin – 76100 ROUEN.

■ En version "informatique" :

- à télécharger sur le site internet du Département de Seine-Maritime : www.seinemaritime.net

MAISONS DU DEPARTEMENT

Le Havre

45, rue Lord Kitchener - 76600 LE HAVRE
Tél. : 02.32.74.59.50 / Fax. 02.32.74.59.60
mdd.lh@cg76.fr

Dieppe

34, Bld du Général de Gaulle - 76200 DIEPPE
Tél. : 02.32.14.58.80 / Fax. 02.32.14.58.85
mdd.dieppe@cg76.fr

Pays de Caux Maritime

(Saint-Valéry-en-Caux)
15 route du Havre - 76460 ST-VALÉRY-EN-CAUX
Tél. : 02.35.57.46.72 / Fax : 02.35.57.46.75
mdd.saintvaleryencaux@cg76.fr

Lillebonne

Rue de la République Parc du Hauzay
76170 LILLEBONNE
Tél. : 02.32.84.10.62 / Fax : 02.35.39.82.21
mdd.lillebonne@cg76.fr

Fécamp

21 rue Alexandre Legros - 76400 FÉCAMP
Tél. : 02.35.10.78.06 / Fax : 02.35.28.77.20
mdd.fecamp@cg76.fr

Neufchâtel-en-Bray

2 rue des Abreuvoirs - 76270 NEUFCHÂTEL-EN-BRAY
Tél. : 02.32.97.51.05 / Fax : 02.32.97.51.06
mdd.neufchatelenbray@cg76.fr

Yvetot

2 rue Percée / 76190 YVETOT
Tél. : 02.32.70.11.37 Fax : 02.35.95.28.87
mdd.yvetot@cg76.fr

CLICS DU DEPARTEMENT

CLIC du Pays de Caux

9, avenue du Général Leclerc
76190 YVETOT
Tél. : 02 35 56 42 71
gincaux@wanadoo.fr

CLIC Vallée de Seine-Austreberthe

Centre Hospitalier Pasteur Vallery Radot
17 avenue Pierre et Marie Curie
76360 BARENTIN
Tél. : 02 35 92 10 24
clic.seineaustreberthe@wanadoo.fr

CLIC Repér'âge

26, rue Camille Randoing
76500 ELBEUF
Tél. : 02 35 78 90 90
clicreperage@normandnet.fr

CLIC du Sud de l'Agglomération Rouennaise

15, rue du Morvan
76800 SAINT-ETIENNE DU ROUVRAY
Tél. : 02 35 65 37 95
Reseaugerontologique@wanadoo.fr

CLIC Buchy, Clères, Darnétal

Hôpital Durécu Lavoisier
116 Rue Pasteur
76160 DARNETAL
Tél. 02 35 07 06 94
clicbuchycleresdarnetal@fede76.admr.org

CLIC des Aînés

Maison des aînés
24 rue des Arsins
76005 ROUEN
Tél. : 02 32 18 20 92
vrenaud@ccas-rouen.fr

CLIC Séniors du Plateau Nord

28 Chemin de Clères
76230 BOIS-GUILLAUME
Tél. : 02 32 10 27 80
clic.seniors@yahoo.fr

CLIC du Littoral

Centre Hospitalier de Dieppe
Château Michel
98, Avenue des Canadiens
76200 DIEPPE
Tél. : 02 35 84 34 11
clic.littoral@wanadoo.fr

CLIC de la Vallée de la Bresle

Résidence «Massé de Corneilles»
8, rue du Petit Fontaine
76340 BLANGY-SUR-BRESLE
Tél. : 02 32 97 51 95
Marie-pierre.tailleur@wanadoo.fr

CLIC du Terroir

Mairie des Grandes Ventes
Place de l'Hôtel de Ville
76950 LES GRANDES VENTES
Tél. 02 35 82 16 07
clic-terroir@wanadoo.fr

CLIC du Pays de Bray

Antenne Nord
Escall
Boulevard Charvet
76270 NEUFCHÂTEL-EN-BRAY
Tél. : 02 35 94 23 08

Antenne Sud

Maison R. Cressent
Rue G.Heuillard
76220 GOURNAY-EN-BRAY
clic-paysdebray@wanadoo.fr

CLIC du Caux Maritime

Espace Public du Littoral
Place de la Gare
76460 SAINT VALERY EN CAUX
Tél. : 02 35 57 40 43
Clic.caux-maritime@orange.fr

CLIC Pilot'Age

CCAS
3, Place Albert René
76600 LE HAVRE
Tél. : 02 35 19 67 40
clicpilotage@ville-lehavre.fr

CLIC des Hautes-Falaises

ACO.MAD
13, Quai Bérigny
76400 FÉCAMP
Tél. : 02 35 27 18 18
clic.hautesfalaises@wanadoo.fr

CLIC du Canton de Boos

Maison des associations
30, Rue des Andelys
76520 BOOS
Tél. : 02 35 65 02 68
cliccantondeboos@fede76.admr.org

CLIC Maill'âges

14, Rue Emile Zola
76330 NOTRE DAME DE GRAVENCHON
Tél. : 02 32 84 12 50
clic@cauxseine.fr



DOSSIER DE DEMANDE D'ENTREE EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES

VOLET 1

DEMANDE D'ENTREE

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

Date de la demande.....

N°

Demande présentée par

ETABLISSEMENTS CHOISIS, PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE DANS LE DEPARTEMENT DE SEINE-MARITIME

1
2
3
4

Type d'accueil permanent temporaire de jour de nuit

DEMANDE urgente non urgente

CHAMBRE individuelle indifférent chambre couple

ETAT CIVIL

Nom.....

Prénom

Nom de jeune fille

Date et lieu de naissance

Adresse

Tél.

Adresse où réside actuellement la personne si différente

Y a-t-il également une demande d'entrée du conjoint : oui non

MODE DE VIE Vous vivez seul (e) avec un(e) conjoint(e) chez un tiers
 autre

PERSONNE À CONTACTER POUR LE SUIVI DU DOSSIER

Nom et prénom

Adresse

Tél..... Lien avec le demandeur

PARTIE RÉSERVÉE A L'ÉTABLISSEMENT

Dossier reçu le

Avis du médecin

Décision de la commission d'admission

Groupe GIR (si connu)

Date de l'évaluation

MOTIFS DE LA DEMANDE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> raison de santé
<input type="checkbox"/> isolement, solitude
<input type="checkbox"/> habitat non adapté
<input type="checkbox"/> dossier de précaution (cf. notice explicative) | <input type="checkbox"/> dépendance physique
<input type="checkbox"/> dépendance psychique
<input type="checkbox"/> rapprochement familial
<input type="checkbox"/> autres : précisez ----- |
|--|--|

ENTOURAGE

Noms et prénoms	Adresses	Téléphones
Enfants		
1 ----- ----- -----	----- ----- E-mail -----	Domicile ----- Travail ----- Portable -----
2 ----- ----- -----	----- ----- E-mail -----	Domicile ----- Travail ----- Portable -----
3 ----- ----- -----	----- ----- E-mail -----	Domicile ----- Travail ----- Portable -----
4 ----- ----- -----	----- ----- E-mail -----	Domicile ----- Travail ----- Portable -----
5 ----- ----- -----	----- ----- E-mail -----	Domicile ----- Travail ----- Portable -----
Autres		
1 ----- ----- Lien -----	----- ----- E-mail -----	Domicile ----- Travail ----- Portable -----
2 ----- ----- Lien -----	----- ----- E-mail -----	Domicile ----- Travail ----- Portable -----

CONDITIONS DE VIE

Vous recevez de l'aide de votre entourage :

famille voisin ami autre aucune aide de l'entourage

Vous bénéficiez de l'intervention de professionnels :

Intervenants	Noms	Téléphone
<input type="checkbox"/> infirmière et/ou Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)	-----	-----
<input type="checkbox"/> médecin traitant	-----	-----
<input type="checkbox"/> médecin spécialiste	-----	-----
<input type="checkbox"/> kinésithérapeute	-----	-----
<input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne de jour	-----	-----
<input type="checkbox"/> aides à la vie quotidienne de nuit	-----	-----
autre(s) professionnels, précisez _____		

ASSURANCES

SÉCURITÉ SOCIALE

N° Sécurité Sociale

Adresse du Centre Payeur

Prise en charge Sécurité Sociale oui non

Affection Longue Durée (100 %) oui non

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (MUTUELLE / ASSURANCES)

Organisme

N°adhérent

Adresse

.....

ASSURANCE DEPENDANCE

Organisme

N° adhérent

Adresse

.....

CAISSE DE RETRAITE D’AFFILIATION

CAISSE DE RETRAITE D’AFFILIATION	BENEFICIAIRE	
	Demandeur	Conjoint

N° Immatriculation | | | | | | |

ALLOCATION PERSONNALISEE D’AUTONOMIE

oui non dossier en cours n° de dossier

AIDE SOCIALE

oui non dossier en cours n° de dossier

GESTION DE VOS BIENS

Mesure de protection oui non en cours

Si oui laquelle :

Précisez les coordonnées du tuteur ou curateur

Nom et prénom

Adresse

Tél Portable

Lien avec le demandeur :

PERSONNE DE CONFIANCE OU REFERENT HABITUEL

Nom et prénom

Adresse

Tél Portable

Lien avec le demandeur :

* **La personne de confiance** est l'interlocuteur légitime du personnel médical dans les établissements hospitaliers qui doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et ne peut plus recevoir l'information. Elle peut également accompagner le patient et l'aider à prendre une décision, quand ce dernier est lucide et le souhaite.

CONSENTEMENT DU DEMANDEUR:

Si le dossier est rempli par un tiers

La personne a-t-elle été informée de cette demande ? oui non

Si non pourquoi ?.....

La personne est elle consentante ? oui non

En l'absence d'avis favorable clairement formulé par la personne âgée, le demandeur accepte-t-il de s'engager personnellement comme responsable de la décision d'entrée : oui non

Si l'état de santé de la personne ne lui permet pas de donner son consentement, une mesure de protection juridique doit être envisagée.

Date

Signature du demandeur

Nom et qualité de la personne ayant rempli la fiche

.....

.....

Signature

VOLET 2

FICHE D'AUTONOMIE

A REMPLIR PAR LA PERSONNE CONCERNEE, AU BESOIN AVEC L'AIDE DE SA FAMILLE OU A DEFAUT AVEC L'AIDE D'UN PROFESSIONNEL (infirmier, assistant social, aide à domicile).

Nom

Prénom date de naissance

HYGIENE CORPORELLE / HABILLEMENT

Hygiène corporelle

Vous faites votre toilette :

seul(e)

aide partielle

aide totale

Précisez :

.....

Habillage

Vous vous habillez :

seul(e)

aide partielle

aide totale

Précisez :

.....

Déshabillage

Vous vous déshabillez :

seul(e)

aide partielle

aide totale

Précisez :

.....

CONTINENCE URINAIRE

Utilisez- vous des protections urinaires : oui

non

Si oui

de jour

de nuit

ALIMENTATION

Régime diététique,

Précisez :

.....

Vous mangez :

seul(e)

aide partielle

aide totale

Précisez :

.....

Vous vous servez :

seul(e)

aide partielle

aide totale

Texture :

normale

mixée

hachée

TRANSFERTS

Vous vous levez seul(e) du lit

oui

non

Vous vous mettez seul(e) au lit

oui

non

Vous vous levez seul(e) d'un fauteuil

oui

non

DÉPLACEMENTS

Vous conduisez votre automobile

oui

non

Vous prenez les transports en commun seul(e)

oui

non

Vous prenez un ascenseur seul(e)

oui

non

Vous montez et descendez les escaliers seul(e)

oui

non

Vous marchez seul(e)

oui

non

Vous marchez avec le soutien :

d'une canne

oui

non

d'une canne anglaise

oui

non

d'un déambulateur

oui

non

Vous utilisez un fauteuil roulant :

par intermittence

oui

non

en permanence

oui

non

COHERENCE/ORIENTATION

Cohérence :

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros, etc....

- oui non

Vous pouvez voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun ou avec votre propre voiture)

- oui non

Vous vous occupez vous-même de la prise de vos médicaments (dose et horaire)

- oui non

Vous êtes totalement autonome pour la gestion de vos biens (budgets, chèques, factures)

- oui non

Orientation dans le temps :

Vous avez :

- aucune difficulté à vous repérer dans les moments de la journée
 des difficultés à vous repérer dans les moments de l'année
 des difficultés à vous repérer dans les moments de la journée

Orientation dans l'espace :

Vous avez :

- aucune difficulté à vous repérer quelque soit l'endroit
 des difficultés à vous repérer dans des lieux non habituels
 des difficultés à vous repérer dans des lieux connus (domicile, quartier)
 aucun point de repère

SOMMEIL

Vous considérez votre sommeil comme :

- correct
 correct avec un traitement
 difficile

Vos habitudes

- lever à coucher à

OCCUPATIONS HABITUELLES

Avez-vous des activités de loisirs habituelles ? oui non

Lecture, Jardinage, Informatique etc. Précisez :

Je soussigné(e) Mr ou Mme

Certifie exact les renseignements fournis sur ce document.

Date

Nom et qualité de la personne ayant rempli la fiche

.....

Tél :

Signature :

CONFIDENTIEL

Nom du médecin ayant rempli la fiche

Tél

DEMANDEUR

Nom

Prénom

Adresse

.....

Date de naissance Homme Femme

MÉDECIN TRAITANT DU DEMANDEUR

Nom et prénom

Adresse

Tél Portable

E-mail

SI HOSPITALISATION ACTUELLE

Nom du centre hospitalier

Nom du service

Téléphone :

HISTOIRE MÉDICALE RÉCENTE MOTIVANT LA DEMANDE

A expliquer en détail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

CONTEXTE CLINIQUE (Éléments à prendre en compte pour l'entrée en établissement)

Poids : Taille :

Allergie :

Cardio-vasculaire :

Tension artérielle :

pace maker

contentions veineuses

Pulmonaire et ORL :

trachéotomie ventilation nocturne oxygénothérapie : nombre d'heures/24H

Tabagisme oui non

Troubles de l'acuité visuelle oui non Appareillé : oui non

Troubles de l'audition oui non Appareillé : oui non

Digestif :

Dénutrition oui non

Troubles de la déglutition oui non

sonde nasogastrique stomie gastrotomie

Alcoolisme : oui non

Etat dentaire :

Prothèse dentaire : oui non

État cutané

Pansements : oui non

Fréquence/Durée :

Ulcères Localisation et ancienneté

Escarres Localisation

Endocrino-Métabolisme :

Urologique et/ou gynécologique :

Incontinence urinaire : diurne nocturne

Incontinence fécale : diurne nocturne

Sonde urinaire à demeure Hétéro-sondage Auto-sondage Stomie

Néphrologique :

Hémodialyse : Dialyse péritonéale

Ostéo-articulaire et appareil locomoteur :

Chutes : oui non Fréquence :

Existence d'un appareillage : oui non

Aide Technique à la marche : oui non

Si oui précisez (appareillage ou aide technique) :

Neurologique et Neuropsychologique :

Troubles mnésiques oui non

Mini Mental Score : date de l'évaluation :

Autres :

.....
.....

Troubles du comportement : oui non

Déambulation diurne nocturne

Fugues

Agressivité : verbale physique

Agitation diurne nocturne

Cris

Autres (précisez)

Troubles de la thymie : oui non

.....
.....

Maladie psychiatrique et troubles de la personnalité : oui non

.....
.....

Suivi spécialisé : oui non

Nom du médecin :

Adresse :

Téléphone :

Maladies Oncologiques :

.....
.....

Douleur chronique : Précisez la localisation :

.....
.....

AUTRES ANTECEDENTS UTILES

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

Infections nosocomiales : oui non

Portage BMR :

Vaccinations : Date et Contre-indications :

Anti pneumococcique :

Anti tétanique :

Antigrippal :

Anti Grippe A :

TRAITEMENT MEDICAL

(Per os, Perfusion IV, Sous cut, Patches...)

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

SOINS INFIRMIERS

Précisez : Type, fréquence et durée des soins journaliers

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

AUTRES BESOINS SPECIFIQUES
(Kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, suivi psychologique)

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

BESOINS DE MATERIELS
(lève malade, matelas anti escarre, lit Alzheimer, etc..)

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

PRINCIPALES DIFFICULTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

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

FICHE MÉDICALE D'ENTRÉE
À FAIRE REMPLIR EXCLUSIVEMENT
PAR UN MÉDECIN (GÉNÉRALISTE, SPÉCIALISTE OU HOSPITALIER)

CONFIDENTIEL

A l'attention du médecin coordonnateur de l'établissement sous pli fermé

Nom du médecin ayant rempli la fiche :

Tél. :

Date :

Cachet et signature du médecin

Hôtel du Département

Quai Jean Moulin
76101 Rouen Cedex 1
Tél. 02 35 03 55 55



www.seinemaritime.net