



LE BUREAU DES ENTREES

OBJET : dossier de pré-admission

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, veuillez trouver ci-joint le dossier d'admission comprenant :

- Partie 1 : situation administrative et sociale
- Partie 2 : situation médicale (à faire remplir et tamponner par le médecin traitant ou le médecin du lieu d'hospitalisation)
- La liste des documents à fournir

Le dossier complété devra être déposé au bureau des entrées, et il sera présenté en commission d'admission.

L'admission sera prononcée par le directeur, après avis médical favorable du médecin coordonnateur.

Dans l'attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes cordiales salutations.

Le Bureau des Entrées,
Evelyne TACUSSEL
☎ 04.90.70.61.10
✉ admissions@ehpadjonquieres.fr



cerfa
N° CERFA 14732*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____
Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

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

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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.



Liste des documents administratifs à fournir

Toutes les pièces fournies doivent être des photocopies

L'Identité

- Carte nationale d'identité
- Livret de famille

Les couvertures sociales

- Attestation de sécurité sociale (attestation de droit)
- Carte mutuelle
- Attestation d'assurance de responsabilité civile

Les revenus

- Justificatifs des retraites perçues
- 3 derniers relevés de compte
- Dernier avis d'imposition ou non-imposition
- Relevé des capitaux (à demander à la (ou les) banque(s))
- Dernière taxe foncière (si propriétaire)
- Un RIB

Les protections

- La copie du jugement de tutelle ou de curatelle ou d'habilitation familiale

La santé

- Procéder à l'ouverture du DMP (Dossier Médical Partagé) avant l'entrée en établissement

sur « mon espace santé.fr »



PRIX DE JOURNEE A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2024

Prix de journée définitifs pour la dépendance qui s'appliquent au 01/01/2024 (arrêté du Conseil Départemental reçu le 21/12/2023).

Prix de journée définitifs pour l'hébergement qui s'appliquent au 01/01/2024 (arrêté du Conseil Départemental reçu le 26/12/2023).

Prix de journée définitifs pour l'hébergement des moins de 60 ans qui s'appliquent au 01/01/2024 (arrêté du Conseil Départemental reçu le 26/12/2023).

JONQUIERES	
Pensionnaires de 60 ans et plus	64.73 €/j
<i>Pensionnaires de moins de 60 ans</i>	<i>83.66 €/j</i>
	* Forfait dépendance (résidents du Vaucluse) 5.79€/j

TARIF MENSUEL JONQUIERES (31 jours)	
Pensionnaires 60 ans et plus	2186.12 €/m
<i>Pensionnaires de moins de 60 ans</i>	<i>2593.46 €/m</i>

* **ATTENTION : pour les résidents « hors Vaucluse » le forfait dépendance varie en fonction du GIR :**

GIR 1-2 : 21.51 €/j GIR 3-4 : 13.65 €/j GIR 5-6 : 5,79 €/j

TROUSSEAU TYPE

Le marquage du trousseau vestimentaire sera effectué par nos soins à la blanchisserie de l'EHPAD de Jonquières **gratuitement**



Merci d'éviter les vêtements fragiles comme la laine, l'angora ou le cashmere (lavage de collectivité aux normes RABC, lavage à 60°)

Merci de déposer le trousseau à la blanchisserie de l'EHPAD 48 heures avant l'entrée

Le linge doit être impérativement lavé avant d'être déposé

Trousseau type Dame

- ✓ 10 culottes
- ✓ 5 soutiens gorge
- ✓ 10 paires de chaussettes ou collants ou bas ou mi-bas
- ✓ 7 tricots de peau
- ✓ 2 paires de pantoufles
- ✓ 5 pyjamas/chemises de nuit
- ✓ 2 robes de chambre/peignoirs
- ✓ 7 robes ou 5 jupes ou 5 pantalons
- ✓ 6 tee-shirt manches courtes
- ✓ 6 tee-shirt manches longues
- ✓ 5 chemisiers/chemises
- ✓ 6 pulls/sweet
- ✓ 4 gilets/vestes
- ✓ 1 paire de chaussure hiver
- ✓ 1 paire de chaussure été
- ✓ 1 manteau/doudoune
- ✓ 1 chapeau/casquette

Trousseau type Homme

- ✓ 10 slips/caleçons/boxeurs
- ✓ 10 paires de chaussette
- ✓ 7 tricots de peau
- ✓ 2 paires de pantoufles
- ✓ 5 pyjamas
- ✓ 2 robes de chambre/peignoirs
- ✓ 7 pantalons
- ✓ 7 tee-shirt manches courtes
- ✓ 7 tee-shirt manches longues
- ✓ 7 chemises
- ✓ 6 pulls/sweets
- ✓ 4 gilets/vestes
- ✓ 1 paire de chaussure hiver
- ✓ 1 paire de chaussure été
- ✓ 1 manteau/doudoune
- ✓ 1 ceinture/bretelles
- ✓ 1 chapeau/casquette

Lors de l'admission, apporter une trousse de toilette avec tout le nécessaire (shampooing, gel douche, brosse, peigne, coton tige, brosse à dents, dentifrice, mouchoirs en papier,.....)

L'équipe de la blanchisserie

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur Madame

Demande urgente OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

--	--	--	--	--

Commune/ville

--

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amaigrissement récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles ³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

Identification de l'utilisateur :

Nom et prénom :

Lieu de résidence actuelle :

Résident informé demande UHR : oui non

Accord : oui non (joindre consentement)

Famille informée demande UHR : oui non

Accord : oui non (joindre consentement)

Médecin traitant informé demande UHR : oui non

Accord : oui non

Partie Médicale :

Pathologies : Démence type : _____
 Maladie de Parkinson
 AVC
 Traumatisme crânien
 Epilepsie

Douleur : oui localisation : _____
 non

Y a-t-il une médicalisation avant les soins potentiellement douloureux (ex. soins d'hygiène) ? oui non

Déficits sensoriels : - Vision : _____
 - Audition : _____

Appareillés ? : oui non

La personne se déplace t-elle seule spontanément ? marche fauteuil roulant

Chutes : fréquentes rare absente

Sommeil :

Aucun problème
 Inversion cycle éveil-sommeil
 Cauchemars
 Apnée du sommeil
 Difficultés d'endormissement
 Réveil précoce
 Mouvements et paroles durant le sommeil
 Besoins de se lever la nuit pour uriner, si oui fréquence : _____

Alimentation :

Aucun problème
 Augmentation appétit
 Augmentation de poids : + _____ kg
 Augmentation de l'intérêt pour les aliments sucrés
 Perte d'appétit
 Diminution de poids : - _____ kg
 Hyperphagie

Antécédents psychiatriques :

Antécédents psychiatriques (ex. anxiété, dépression, manie, psychose) : _____

Est-ce que la personne est ou a déjà été suivie en psychiatrie ? oui non

Si oui, nom du psychiatre : _____

A-t-elle déjà eu des gestes suicidaires ou hétéro-agressifs ? oui non

Médication actuelle :

- Joindre la liste actuelle (nom, heure d'administration et dose)

Une nouvelle médication a-t-elle été introduite dans les dernières semaines ? oui non

Si oui, détaillez : _____

Une médicalisation a-t-elle été cessée dans les dernières semaines ? oui non

Si oui, pourquoi ? : _____

Cognition :

MMSE : date : __/__/__ Résultat : _____

Quels sont les troubles cognitifs :

- Mémoire : aucun problème trouble mémoire récente trouble mémoire autobiographique
 trouble sémantique
- Langage : aucun problème manque de mot aphasie
- Orientation : orienté désorientation spatiale désorientation temporelle
- Praxies : aucun problème geste désorganisé ne sait plus l'utilisation d'objet simple

Consultations mémoire : oui non

(Joindre le compte rendu)

Lieu de la dernière consultation : _____

Date de la dernière consultation : _____

A bénéficié d'orthophonie : oui non

A bénéficié d'ergothérapie : oui non

Comportement :

- Joindre NPI-ES de moins d'un mois

Décrire avec précision, quel est le comportement le plus problématique : _____

- Quand survient-il ? aux soins d'hygiène ? lors de la prise de médicaments ?
 lors de la prise des signes vitaux ? lors des repas ?
 autre (détaillez) : _____ lors de temps sans activité ?

Depuis quand le comportement est-il présent ? _____

- Quelle est sa fréquence ? Plusieurs fois par heure Plusieurs fois par jour
 Tous les jours Chaque semaine

Y a-t-il un moment où le comportement est :

Absent ? oui non Détaillez : _____

Plus fréquent ? oui non Détaillez : _____

A quel moment de la journée ? : _____ En activité Au calme

Est-ce : En présence de certains intervenants en particuliers ? oui non

En présence d'autres usagers ? oui non

En présence des proches ? oui non

Détaillez : _____

Qu'est-ce qui survient immédiatement avant le comportement ? (le contexte) _____

Et immédiatement après ? _____

Quelles sont les interventions qui ont été tentées pour réduire ce comportement jusqu'à maintenant ?
Lesquelles sont efficaces ? _____

Lesquelles ne sont pas efficaces ? _____

Y a-t-il utilisation de contention physique ? oui non

Si oui, détaillez : _____

Quels sont les signes précurseurs au comportement (ex. hausse le ton, regard furieux, ect.) ?

Quel est l'impact du comportement sur :

Le résident ? _____

Les autres résidents ? _____

Les soignants ? _____

Les proches ? _____

Y a-t-il un élément explicatif au comportement dans son histoire de vie ? _____

Est-ce que la personne a vécu un événement particulier récemment qui pourrait expliquer son comportement ?

Y a-t-il une routine quotidienne adaptée à l'utilisateur ? oui non

Y a-t-il des repères de temps et d'espace ? oui non

Est-ce que sa chambre est personnalisée ? oui non

Est-ce que l'utilisateur participe à des :

Activités physiques ? oui non Détaillez : _____

Activités sociales ? oui non Détaillez : _____

Sorties à l'extérieur ? oui non Détaillez : _____

Remarques supplémentaires :

Contexte d'entrée en UHR	Date :

Partie Médicale :

Antécédents :

Trouble sensoriels :

Appareillage :

Elimination :

NPI-ES :

réalisé le :

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation / Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression / Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie / Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité / Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Score total 10

Changements neurovégétatifs

Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit / Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Score total 12

Exploration du sommeil :

Exploration de l'alimentation :

Prise de traitement :

Comportement :

Le comportement le plus problématique : _____

Quand survient-il ? _____

Quelle est sa fréquence ? Plusieurs fois par heure Plusieurs fois par jour
 Tous les jours Chaque semaine

Y a-t-il un moment où le comportement est :

Absent ? oui non

Détaillez : _____

Plus fréquent ? oui non

Détaillez : _____

A quel endroit le comportement survient-il ?

autre (précisez) : _____

dans le salon, salle à manger, corridor

dans les aires communes

dans la chambre de l'utilisateur

dans d'autres chambres

salle d'eau (douche, bain)

Avec qui survient-il ? _____

Ce qui fonctionne bien : _____

Activités :

Plaisantes :

ATTENTION :

Non appropriées :

Éléments de vie :

Histoires de vie :

Composition familiale :

Consentement à l'entrée en UHR Famille

UHR Malijay

Je soussigné(e), _____,
Résident à _____, accepte que mon proche intègre l'Unité
d'Hébergement Renforcée (UHR) au sein de l'EHPAD Intercommunal Jonquières – Courthézon.

Les raisons de ce séjour temporaire m'ont été exposées et les conditions d'entrée et de sortie
m'ont été clairement indiquées.

J'ai été avisé(e) qu'un retour à l'institution initiale sera privilégié dans la mesure des places
disponibles mais ne pourra être garanti.

J'ai lu et reçu un exemplaire de ce document,

Fait à _____, le _____

Signature précédées de la mention « lu et approuvé »

Représentant légal



Consentement à l'entrée en UHR Résident

UHR Malijay

Je soussigné(e), _____,
Résident à _____, accepte d'intégrer l'Unité d'Hébergement Renforcée
(UHR) au sein de l'EHPAD Intercommunal Jonquières – Courthézon.

Les raisons de ce séjour temporaire m'ont été exposées et les conditions d'entrée et de sortie
m'ont été clairement indiquées.

J'ai été avisé(e) qu'un retour à l'institution initiale sera privilégié dans la mesure des places
disponibles mais ne pourra être garanti.

J'ai lu et reçu un exemplaire de ce document,

Fait à _____, le _____

Signature précédées de la mention « lu et approuvé »

Résident