



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  
① 04.90.70.61.10

DOSSIER UNIQUE DE PRÉ – ADMISSION DÉPARTEMENTAL  
DE VAUCLUSE

en vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

PARTIE 1 : SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE

♦ Etat civil

NOM : ..... PRÉNOMS : .....  
NOM de jeune fille : ..... ☐ H ☐ F  
Date et lieu de naissance : Né(e) le ...../...../..... à .....  
Département ou pays de naissance : ..... Nationalité : .....  
Adresse actuelle : .....  
.....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
Courriel : .....@.....

♦ Situation familiale

☐ Marié(e) ou en concubinage depuis le ...../...../..... ☐ Pacsé(e) depuis le ...../...../.....  
☐ Veuf (ve) depuis le ...../...../..... ☐ Divorcé(e) depuis le ...../...../..... ☐ Célibataire  
Nombre d'enfants : .....

*Un feuillet annexe est à votre disposition pour les coordonnées de vos enfants et/ou proches*

♦ Personne à contacter

NOM : ..... Prénom : ..... Lien ou qualité : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable ou professionnel : .....  
Courriel : .....@.....

♦ La demande est établie par :

La personne concernée : ☐ oui ☐ non

Si non, coordonnées de la personne :

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
Lien ou qualité : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : ...../...../..... Portable : ...../...../.....  
Courriel : .....@.....

La personne concernée :

- est-elle informée de la demande d'entrée en établissement ? ☐ Oui ☐ Non

- est-elle d'accord pour être hébergée en établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Qu'en pense-t-elle ? .....

**Rappel :** L'information et l'accord de l'intéressé(e) sont essentiels à son admission conformément à l'article 311.3 du code de l'action sociale et des familles – 3<sup>ème</sup> alinéa.

♦ **Mode d'hébergement demandé :**

☐ Hébergement permanent à compter du .....

☐ Hébergement temporaire : du ..... au .....

☐ Accueil de jour à compter du .....

☐ Autre : .....

♦ **Motif(s) de la demande d'admission :**

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

♦ **Provenance / Mode de vie de la personne concernée par la demande**

**Vous vivez habituellement :**

- |                                                                                |                                       |                                    |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> à domicile :                                          | <input type="checkbox"/> seul         | <input type="checkbox"/> en couple | <input type="checkbox"/> avec un proche              |
| en tant que                                                                    | <input type="checkbox"/> propriétaire | <input type="checkbox"/> locataire | <input type="checkbox"/> hébergé(e) à titre gracieux |
| <input type="checkbox"/> dans un établissement d'accueil pour personnes âgées. |                                       |                                    |                                                      |

**Vous êtes actuellement :**

- ☐ hébergé(e) temporairement chez un membre de votre famille
- ☐ à l'hôpital, clinique, centre (convalescence, rééducation, etc.)

Nom et coordonnées de l'établissement

.....  
.....

Service de .....

Nom du médecin ou de l'infirmière coordinatrice : .....

**Avez-vous déjà eu une expérience de vie en établissement ?**

☐ oui

☐ non



◆ Aides existantes actuellement dans le cadre du maintien à domicile :

Bénéficiez-vous de l'intervention d'une aide à domicile ?

◆ oui

◆ non

Si oui, une participation financière vous a été accordée :

◆ Au titre de l'aide sociale

◆ par l'Action sociale de votre Caisse de retraite (CRAM, MSA, RSI, etc.)

◆ dans le cadre d'un Plan d'aide ADPA - Département référent : .....

◆ Aucune

◆ Protection sociale

Sécurité Sociale

N°: .....

Caisse : .....

(CPAM, MSA, RSI, etc.)

Adresse : .....

.....

.....

◆ CMU (Couverture Maladie Universelle)

◆ ALD (Affection Longue Durée) .....

Complémentaire Santé – Mutuelle

N° d'adhérent : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

.....

Vous bénéficiez :

◆ de la CMU Complémentaire

◆ du Chèque santé

◆ d'une prise en charge au titre de l'aide sociale  
si vous êtes déjà hébergé(e) en établissement

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

.....

◆ Protection juridique / Gestion des biens

◆ Tutelle

◆ Curatelle (◆ simple

◆ renforcée)

◆ Sauvegarde de Justice

◆ En cours : Tribunal d'Instance ou de Grande Instance de .....

Coordonnées de la personne ou de l'organisme qui assure la protection :

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .../.../.../... Portable : .../.../.../... Fax : .../.../.../...

Courriel : .....@ .....

Avez-vous souscrit un mandat de protection future ? ◆ Oui ◆ Non

◆ Ressources

Revenus de l'intéressé(e) retraite(s) principale(s) et complémentaire(s), AAH, rente accidents du travail

Dernier montant mensuel perçu (en €):

- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Revenus du conjoint retraite(s) principale(s) et complémentaire(s), AAH, rente accidents du travail

Dernier montant mensuel perçu (en €):

- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Autres revenus :    ◆ Oui                      ◆ Non

Si oui, lesquels ? .....

Date de la demande : .....

Signature de l'intéressé(e)  
et/ou de son représentant légal :

Signature de la personne ayant  
établie la demande :

*Feuillet annexe - Coordonnées des enfants et entourage proche*

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable ou professionnel : .....  
Courriel : .....@.....

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable ou professionnel : .....  
Courriel : .....@.....

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable ou professionnel : .....  
Courriel : .....@.....

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable ou professionnel : .....  
Courriel : .....@.....

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable ou professionnel : .....  
Courriel : .....@.....

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable ou professionnel : .....  
Courriel : .....@.....

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable ou professionnel : .....  
Courriel : .....@.....



LISTE DES DOCUMENTS  
A PREPARER EN VUE DE L'ADMISSION

---

**Ce dossier est une demande de pré-admission.  
Elle ne constitue en aucun cas un contrat entre les deux parties.**

**Nous vous invitons à prendre contact avec les établissements dans lesquels vous avez  
déposé une demande en vue d'une éventuelle visite, vivement conseillée.**

- Carte nationale d'identité, livret de famille ou carte de séjour
- Attestation de sécurité sociale et de complémentaire santé (mutuelle)
- Justificatifs des retraites perçues et 3 derniers relevés de compte
- Dernier imprimé de déclaration fiscale des ressources du foyer
- Dernier Avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus
- N° d'allocataire de prestations familiales (CAF, MSA)
- Le relevé des capitaux
- Pour les propriétaires, avis fiscal de taxe foncière
- Un relevé d'identité bancaire ou postal
- Attestation de souscription d'une assurance responsabilité civile
- Si le futur résident est sous une mesure de protection juridique : la copie du jugement de tutelle ou de curatelle
- Pour une demande d'hébergement au titre de l'aide sociale, l'attestation du dépôt de dossier auprès du CCAS, s'il y a lieu.
- Certificat de non-contagiosité
- Coordonnées de vos enfants et proches - Feuillelet annexe

*Ce document a été co-construit par les CLIC de Vaucluse, les équipes de Direction des établissements d'accueil  
et les professionnels du secteur médico-social*

# PRIX DE JOURNEE A COMPTER DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2019

Prix de journée définitifs pour la dépendance qui s'appliquent au 01/01/2019 (arrêté du Conseil Départemental reçu le 15/01/2019).  
Prix de journée définitifs pour l'hébergement qui s'appliquent au 01/01/2019 (arrêté du Conseil Départemental reçu le 31/01/2019).  
Prix de journée définitifs pour l'hébergement des moins de 60 ans qui s'appliquent au 01/04/2018 (arrêté du Conseil Départemental reçu le 30/03/2018).

| JONQUIERES                                              |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| Pensionnaires de 60 ans et plus                         | 59.63 €/j |
| Pensionnaires de moins de 60 ans                        | 76.91 €/j |
| * Forfait dépendance (résidents du Vaucluse)<br>5.92€/j |           |

| TARIF MENSUEL JONQUIERES<br>(31 jours) |             |
|----------------------------------------|-------------|
| Pensionnaires 60 ans et plus           | 2032.05 €/m |
| Pensionnaires de moins de 60 ans       | 2384.21 €/m |

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

GIR 1-2 : 21.98 €/j      GIR 3-4 : 13.95 €/j      GIR 5-6 : 5,92 €/j





*Trousseau vestimentaire idéal pour tous les résidents entrant dans les maisons de retraite de Jonquières et Courthézon.*

*Pour les dames*

- ✓ 5 soutiens gorge
- ✓ 10 culottes
- ✓ 7 robes ou jupes ou pantalon
- ✓ 5 vestes
- ✓ 5 pulls
- ✓ 2 paires de chaussures
- ✓ 1 paire de pantoufle
- ✓ 7 combinaisons
- ✓ 10 mouchoirs
- ✓ 10 paires de chaussettes ou collant
- ✓ 5 pyjamas ou chemises de nuit
- ✓ 5 chemisiers (si jupe)
- ✓ 7 tee shirts de peau
- ✓ 1 manteau
- ✓ 1 vêtement de pluie
- ✓ 1 robe de chambre

*Pour les messieurs*

- ✓ 7 pantalons
- ✓ 5 pulls
- ✓ 5 vestes
- ✓ 7 chemises
- ✓ 10 paires de chaussettes
- ✓ 10 slips
- ✓ 7 tee shirts
- ✓ 1 blouson
- ✓ 1 vêtement de pluie
- ✓ 10 mouchoirs
- ✓ 2 paires de chaussures
- ✓ 1 paire de pantoufle
- ✓ 5 pyjamas
- ✓ 1 robe de chambre
- ✓ 1 ceinture

*Le marquage du trousseau vestimentaire sera effectué par nos soins à la lingerie de Courthézon gratuitement, évitez les vêtements fragiles comme la laine, l'angora ou le cashmere.*

*Merci de déposer le trousseau à la lingerie de la maison de retraite de Courthézon 48 heures avant l'entrée.*

*Le trousseau sera vérifié par la blanchisserie de Courthézon.*

*Merci de votre compréhension*

*La responsable des prestations hôtelières*

*Mme Caroline FERRET*

## PARTIE 2 : SITUATION MEDICALE

A compléter par le médecin

### ◆ Informations générales

Nom : ..... Prénom : ..... ◇ H ◇ F

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

#### Dernier domicile :

◇ Logement individuel ◇ Foyer logement ◇ Hôpital ◇ Autre : .....

#### Médecin traitant

Nom : .....

Tél. : .....

#### Informations à l'intéressé(e) :

La personne est-elle informée de son admission en E.H.P.A.D. ? ◇ Oui ◇ Non

Consentement de la personne : ◇ Oui ◇ Non

### ◆ Informations médicales

#### Motif d'admission en E.H.P.A.D. :

.....  
.....

#### Traitement actuel :

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

◆ Informations médicales (suite)

**ANTECEDENTS**

Médicaux : .....

Chirurgicaux : .....

Psychiatriques : .....

Familiaux : .....

**Chutes à répétition :**                      ◇ Oui                      ◇ Non

**Allergie(s) :**                                      ◇ Oui                      ◇ Non

Si oui, à : .....

**ALD ?**

◇ Oui

◇ Non

Si oui, Pathologie : .....

**PATHOLOGIE(S) EN COURS**

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

**Escarres**

◇ Oui

◇ Non

Si oui, localisation : .....

**Portage infectieux multirésistant : BMR :**

◇ Oui

◇ Non

Si oui, localisations: .....

Si oui, germe : .....



## ♦ Evaluation globale

### Neuro-psychiatrique

Commentaires - observations

|                          |       |       |       |
|--------------------------|-------|-------|-------|
| Troubles cognitifs       | ♦ Oui | ♦ Non | ..... |
| Troubles du comportement | ♦ Oui | ♦ Non | ..... |
| Fugue                    | ♦ Oui | ♦ Non | ..... |
| Cris                     | ♦ Oui | ♦ Non | ..... |
| Agressivité              | ♦ Oui | ♦ Non | ..... |
| Déambulation             | ♦ Oui | ♦ Non | ..... |

### Evaluation des afférentations

Commentaires - observations

|                       |       |       |       |
|-----------------------|-------|-------|-------|
| Déficit(s) visuel(s)  | ♦ Oui | ♦ Non | ..... |
| Déficit(s) auditif(s) | ♦ Oui | ♦ Non | ..... |

### Autonomie

|                                  |   |         |                |             |
|----------------------------------|---|---------|----------------|-------------|
| Fait les transferts              | : | ♦ Oui   | ♦ Non          | ♦ avec aide |
| Tient la station debout          | : | ♦ Oui   | ♦ Non          | ♦ avec aide |
| Marche                           | : | ♦ Oui   | ♦ Non          | ♦ avec aide |
| Appareillé pour les déplacements | : | ♦ Oui   | ♦ Non          |             |
| Si oui                           | : | ♦ Canne | ♦ Déambulateur | ♦ Fauteuil  |
| Fait sa toilette                 | : | ♦ Oui   | ♦ Non          | ♦ avec aide |
| S'habille / se déshabille        | : | ♦ Oui   | ♦ Non          | ♦ avec aide |

### Alimentation

|                    |   |       |       |             |
|--------------------|---|-------|-------|-------------|
| Se sert seul       | : | ♦ Oui | ♦ Non | ♦ avec aide |
| Mange seul         | : | ♦ Oui | ♦ Non | ♦ avec aide |
| Régime alimentaire | : | ♦ Oui | ♦ Non |             |

Si oui, lequel ? : .....

### Elimination

|                       |   |       |       |
|-----------------------|---|-------|-------|
| Incontinence urinaire | : | ♦ Oui | ♦ Non |
| Incontinence fécale   | : | ♦ Oui | ♦ Non |
| Sonde à demeure       | : | ♦ Oui | ♦ Non |

Si oui, date du dernier changement :

Fait le : ..... à .....  
 Nom du médecin : .....  
 Tél. : .....

Certificat de non-contagiosité

(à réaliser par le médecin traitant du futur résident  
et à remettre au moment de l'admission)

Je soussigné (e) Docteur .....

certifie que M., Mme, Mlle .....

âgé(e) de ..... n'est pas porteur(se) d'une maladie contagieuse.

Fait le ..... à .....

Signature et cachet

## 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 ☐ non localisation : \_\_\_\_\_

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

### Alimentation :

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

## 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 :     | <input type="checkbox"/> aucun problème     | <input type="checkbox"/> trouble mémoire récente | <input type="checkbox"/> trouble mémoire autobiographique          |
|               | <input type="checkbox"/> trouble sémantique |                                                  |                                                                    |
| Langage :     | <input type="checkbox"/> aucun problème     | <input type="checkbox"/> manque de mot           | <input type="checkbox"/> aphasie                                   |
| Orientation : | <input type="checkbox"/> orienté            | <input type="checkbox"/> désorientation spatiale | <input type="checkbox"/> désorientation temporelle                 |
| Praxies :     | <input type="checkbox"/> aucun problème     | <input type="checkbox"/> geste désorganisé       | <input type="checkbox"/> 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 ?                                | <input type="checkbox"/> aux soins d'hygiène ?                | <input type="checkbox"/> lors de la prise de médicaments ? |
|                                                    | <input type="checkbox"/> lors de la prise des signes vitaux ? | <input type="checkbox"/> lors des repas ?                  |
| <input type="checkbox"/> autre (détaillez) : _____ |                                                               | <input type="checkbox"/> lors de temps sans activité ?     |

Depuis quand le comportement est-il présent ? \_\_\_\_\_

|                           |                                                   |                                                  |
|---------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Quelle est sa fréquence ? | <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par heure | <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par jour |
|                           | <input type="checkbox"/> Tous les jours           | <input type="checkbox"/> 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'usager ? ☐ 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'usager participe à des :

Activités physiques ? ☐ oui ☐ non      Détaillez : \_\_\_\_\_

Activités sociales ? ☐ oui ☐ non      Détaillez : \_\_\_\_\_

Sorties à l'extérieur ? ☐ oui ☐ non      Détaillez : \_\_\_\_\_

Remarques supplémentaires :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Synthèse des informations recueillis lors de la pré-admission

UHR Malijay

| 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   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |
| Hallucinations                            | X  | 0      | 1 2 3 4   | 1 2 3   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |
| Agitation / Agressivité                   | X  | 0      | 1 2 3 4   | 1 2 3   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |
| Dépression / Dysphorie                    | X  | 0      | 1 2 3 4   | 1 2 3   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |
| Anxiété                                   | X  | 0      | 1 2 3 4   | 1 2 3   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |
| Exaltation de l'humeur/<br>Euphorie       | X  | 0      | 1 2 3 4   | 1 2 3   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |
| Apathie / Indifférence                    | X  | 0      | 1 2 3 4   | 1 2 3   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |
| Désinhibition                             | X  | 0      | 1 2 3 4   | 1 2 3   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |
| Irritabilité / Instabilité<br>de l'humeur | X  | 0      | 1 2 3 4   | 1 2 3   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |
| Comportement moteur<br>aberrant           | X  | 0      | 1 2 3 4   | 1 2 3   | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5      |

**Score total 10**

*Changements neurovégétatifs*

|                                    |   |   |         |       |                      |           |
|------------------------------------|---|---|---------|-------|----------------------|-----------|
| Sommeil                            | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | <input type="text"/> | 1 2 3 4 5 |
| Appétit / Troubles<br>de l'appétit | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | <input type="text"/> | 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