

ASSOCIATION
LES JARDINS
ETABLISSEMENT PRIVE DE SANTE
pour personnes âgées dépendantes

RUE DES MARAICHERS – BP 90116
57403 SARREBOURG CEDEX

Demande d'Admission
En Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes

L'ADMISSION NE SERA PRONONCEE
QUE SI LES DOSSIERS ADMINISTRATIF ET MEDICAL
SONT RECONNUS COMPLETS

- EHPAD
- UNITE ALZHEIMER
- ACCUEIL TEMPORAIRE
- ACCUEIL DE JOUR

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION (copies)

- ✓ Livret de famille ou carte nationale d'identité valide,
- ✓ Attestation d'immatriculation à la sécurité sociale,
- ✓ Acte de naissance
- ✓ Carte Vitale (à l'entrée en établissement),
- ✓ Carte de mutuelle,
- ✓ Justificatifs des ressources (déclarations fiscales des divers organismes de pensions),
- ✓ 1 R.I.B. ou R.I.P.,
- ✓ L'autorisation de prélèvement renseignée (à l'entrée en établissement),
- ✓ Le règlement de fonctionnement signé,
- ✓ Le contrat de séjour signé,
- ✓ Selon le cas, l'ordonnance de mise sous tutelle ou curatelle.

Téléphone : 03.87.23.18.00
Courriel : asslesjardins@wanadoo.fr

Télécopie : 03.87.23.18.18
Site : www.associationlesjardins.org

ASSOCIATION
LES JARDINS
ETABLISSEMENT PRIVE DE SANTE
pour personnes âgées dépendantes

RUE DES MARAICHERS – BP 90116
57403 SARREBOURG CEDEX

DOSSIER ADMINISTRATIF

NOM :

PRENOM :

GROUPE GIRR 

Personne concernée M. et/ou Mme :

Adresse :

.....

Tél :

Demande d'inscription présentée par :

En qualité de :

Personne(s) à joindre pour le suivi du dossier :

- administratif.....

- de la vie quotidienne.....

Adresse :

.....

Tél :

<u>Motifs de la demande :</u>

<u>Raisons du choix de la structure :</u>

ETAT CIVIL

<u>Personne concernée</u>
Nom :
Prénom (1) :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Niveau d'études :
Profession antérieure :
Nationalité :

<u>Conjoint(e)</u>
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Profession antérieure :
.....
Nationalité :
Si remariage : Nom et prénom du précédent conjoint :

Situation de famille

- Célibataire
 Marié(e) ou remarié(e) depuis le
 Veuf (ve) depuis le
 Divorcé(e) depuis le
 Séparé(e) depuis le
 Vit maritalement depuis le

ENVIRONNEMENT

ENFANTS

Nombre :

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél/Port.		Tél/port.	
Email		Email	

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél/port.		Tél/port.	
Email		Email	

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél/port.		Tél/port.	
Email		Email	

FRERES ET SŒURS AUTRES

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél/port.		Tél/port.	
Email		Email	

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél/port.		Tél/port.	
Email		Email	

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél/port.		Tél/port.	
Email		Email	

HABITAT

Le demandeur vit ou a vécu :

<u>Localisation</u>	urbaine <input type="checkbox"/>	rurale <input type="checkbox"/>	
<u>Type</u>	appartement <input type="checkbox"/>	maison <input type="checkbox"/>	
<u>Statut</u>	locataire <input type="checkbox"/>	propriétaire <input type="checkbox"/>	usufruitier <input type="checkbox"/>

Observations : (Eventuellement : habitat occupé la plus grande partie de la vie) :

.....

.....

.....

CONDITIONS DE VIE

La personne habite ou habitait :

Seule <input type="checkbox"/>	Avec son conjoint <input type="checkbox"/>	Chez ses enfants <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Du.....	Au.....		

Elle reçoit ou recevait l'aide de :

Famille <input type="checkbox"/>	Voisins <input type="checkbox"/>	Ami <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Certains services :

Foyer restaurant <input type="checkbox"/>	Aide ménagère <input type="checkbox"/>	Portage de repas <input type="checkbox"/>	S.A.D.(1) <input type="checkbox"/>
---	--	---	------------------------------------

H.A.D.(2) <input type="checkbox"/>	Kiné <input type="checkbox"/>	Tierce personne <input type="checkbox"/>	Garde nuit <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------

(1) Soins à domicile

(2) Hospitalisation à domicile

Le demandeur vient d'un autre établissement :

Hôpital <input type="checkbox"/>	Long séjour <input type="checkbox"/>	Maison de retraite <input type="checkbox"/>	Foyer logement <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------------	---	---	--------------------------------

Nom :

Adresse : Tél :

Du : Au :

PRATIQUES

Langue(s) usuelle(s) :

Religion : Praticant(e) Non pratiquant(e)

Linge personnel lavé par..... **la famille(1)** **l'établissement(1)**

(1) le linge doit être marqué

Le futur résident est fumeur non fumeur

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SEJOUR

A titre payant Par l'intéressé
 Par sa famille

Aide sociale Oui Non

Allocation logement Oui Non

Caisses de retraite principale :

Montant (mensuel ou trimestriel) :

<u>Caisses de retraite complémentaires :</u>	<u>Montants :</u>
.....
.....
.....

Autres ressources (Ex : pensions alimentaires, militaire, revenus fonciers...) :

La personne est-elle sous **curatelle** ? Oui Non
 Nom et adresse du curateur :

La personne est-elle sous **tutelle** ? Oui Non
 Nom et adresse du tuteur :

ASSURANCE MALADIE

Sécurité sociale
 Nom de la Caisse :

Adresse :

Sous le numéro :

Mutuelle
 Nom et adresse

Sous le numéro :

Médecin traitant :

Adresse :

N° de téléphone :

Pharmacie souhaitée :

Autres renseignements
 Carte d'invalidité Oui Non depuis le.....

CHARTES DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE.

LORSQU'IL SERA ADMIS PAR TOUS QUE LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES ONT DROIT AU RESPECT ABSOLU DE LEURS LIBERTES D'ADULTE ET DE LEUR DIGNITE D'ÊTRE HUMAIN, CETTE CHARTE SERA APPLIQUEE DANS SON ESPRIT.

ARTICLE 1 : CHOIX DE VIE

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

ARTICLE 2 : DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

ARTICLE 3 : UNE VIE SOCIALE MALGRE LES HANDICAPS

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

ARTICLE 4 : PRESENCE ET ROLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

ARTICLE 5 : PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

ARTICLE 6 : VALORISATION DE L'ACTIVITE

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

ARTICLE 7 : LIBERTE DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

ARTICLE 8 : PRESERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

ARTICLE 9 : DROIT AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

ARTICLE 10 : QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

ARTICLE 11 : RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

ARTICLE 12 : LA RECHERCHE : UNE PRIORITE ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

ARTICLE 13 : EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

ARTICLE 14 : L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

ASSOCIATION LES JARDINS
Rue des Maraîchers – BP 90116
57403 SARREBOURG CEDEX

DEPOT D'ARGENT OU D'OBJET DE VALEUR

Conformément à la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé et au décret d'application n° 93-550 du 27 mars 1993.

Je soussigné(e)

Admis(e) au sein des établissements de l'association "Les Jardins"

Déclare :

- 1. déposer les valeurs et objets précieux ci-dessous

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

- 2. n'avoir ni valeur, ni objet précieux à déposer au coffre de l'association "Les Jardins"
- 3. avoir été invité(e) à cette formalité et m'y refuser de mon plein gré, dégageant ainsi la responsabilité de l'administration en cas de perte, vol ou détérioration.

Sarrebourg, le

Le déclarant

le directeur

ASSOCIATION "LES JARDINS"
Rue des Maraîchers – BP 90116
57403 SARREBOURG CEDEX

Je soussigné(e), proche de M. ou Mme....., en qualité de(fille, fils, frère, sœur, etc.....), certifie avoir pris connaissance des règlements de la structure Alzheimer, et accepte la décision des médecins de transférer M. ou Mme en structure d'EHPAD selon l'état de dépendance de la personne.

Fait à Sarrebourg, le
Signature

ASSOCIATION "LES JARDINS"
Rue des Maraîchers – BP 90116
57403 SARREBOURG CEDEX

Je soussigné(e), Madame/Monsieur*,
- **souhaite,***
- **ne souhaite pas,***

que ma présence au sein des établissements de l'Association "Les Jardins" soit révélée lors de toute communication téléphonique.

Fait à Sarrebourg, le
Signature

** rayer la mention inutile*

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné,.....
ou représentée par.....
en qualité de,

- **autorise,***
- **n'autorise pas, ***

l'association « Les Jardins » à utiliser les photos individuelles et/ou de groupe sur lesquelles je figure, pour les publications telles que le journal « le petit mensuel », les expositions photos etc... ainsi que le site Internet de l'établissement.

Cette autorisation est valable pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment. Elle est incessible et s'applique aux utilisations décrites ci-dessus réalisées par l'association.

Fait à Sarrebourg, le
Signature

** rayer la mention inutile*

Association "Les Jardins"
Rue des Maraîchers – BP 90116
57403 SARREBOURG CEDEX

Madame, Monsieur,

Vous êtes résident(e) de l'association "Les Jardins".

Vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches durant votre séjour.

La loi du 4 mars 2002 vous autorise à désigner une personne de confiance.

Cette personne de confiance est librement choisie par vous-même, ce peut être un parent, un proche, ou votre médecin traitant.

La mission de cette personne de confiance est définie par vous-même. Elle pourra selon votre souhait :

- éventuellement vous accompagner pour toutes vos démarches au sein de l'association "Les Jardins"
- assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions pour consentir à des actes médicaux.
- **La personne de confiance pourra aussi être consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir l'information.**

Important :

En aucun cas, nous n'autoriserons la personne de confiance à accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord exprès.

Comment désigner la personne de confiance ?

- vous devez le faire par écrit,
- cette désignation est valable pour toute la durée de votre séjour, sauf choix contraire de votre part,
- vous pourrez à tout moment révoquer ce choix.

Personne de confiance et personne à prévenir :

Lors de votre séjour, on vous demande d'indiquer la personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne à prévenir peut être distincte de la personne de confiance. La personne de confiance est désignée par écrit signé de votre part et à vocation à être présente à vos côtés chaque fois que vous le souhaitez.

**DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
EN APPLICATION DE LA LOI DU 4 MARS 2002**

Je soussigné(e) résident(e) de l'association "Les Jardins",
désigne Madame, Monsieur en tant que personne de confiance.

J'autorise Madame, Monsieur à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux. J'ai bien noté que Madame, Monsieur pourra être consulté(e) par le médecin responsable au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

La désignation de Madame, Monsieur,, en qualité de personne de confiance est valable pour la durée de mon séjour.

Fait à, le
Signature de la personne de confiance,

Fait à, le
signature du résident

Je décide de révoquer la désignation de Madame, Monsieur,, en qualité de personne de confiance.

La personne de confiance est distincte de la personne à prévenir, qui est :

Monsieur, Madame ou Mademoiselle

ASSOCIATION
LES JARDINS
ETABLISSEMENT PRIVE DE SANTE
pour personnes âgées dépendantes

RUE DES MARAICHERS – BP 90116
57403 SARREBOURG CEDEX

DOSSIER MEDICAL

Demande pour :

- **EHPAD**
- **UNITE ALZHEIMER**
- **ACCUEIL TEMPORAIRE**
- **ACCUEIL DE JOUR**

NOM :

PRENOM :

GROUPE GIRR 

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

GRILLE AGGIR (page 4) à compléter

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 _____ Le _____

Signature et Cachet

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