

ASSOCIATION
LES JARDINS
ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR
PERSONNES AGEES DEPENDANTES

RUE DES MARAICHERS
57400 SARREBOURG

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**

NOM :

PRENOM :

GROUPE GIR _____

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION (copies) :

- ✓ Livret de famille ou carte nationale d'identité valide,
- ✓ Attestation d'immatriculation à la sécurité sociale,
- ✓ Justificatifs des ressources (déclarations fiscales des divers organismes de pensions),
- ✓ Selon le cas, l'ordonnance de mise sous tutelle ou curatelle.

Adm. 1

Personne(s) concernée(s) :

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

Personne concernée

Nom :
Prénom (1) :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Niveau d'études :
Profession antérieure :
Nationalité :

Conjoint(e)

Nom :
Prénom (1) :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Profession antérieure :
Nationalité :

ENVIRONNEMENT

ENFANTS

Nombre :

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

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

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

FRERES ET SCEURS

AUTRES

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

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

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél.		Tél.	
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(e)s <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"/>	
HAD ² <input type="checkbox"/>	Kiné <input type="checkbox"/>	Tierce personne <input type="checkbox"/>	Garde nuit <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>

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 :

¹ Soin à domicile

² Hospitalisation à domicile

PROJET DE VIE PERSONNALISE

HISTOIRE DE VIE

Nom et Prénom : _____

Date : _____

✚ Situation familiale :

- a. Marié(e)
- b. Divorcé(e)
- c. Célibataire
- d. Veuf(ve)

✚ Nombre d'enfants : _____

✚ Nombre de petits enfants : _____

✚ Nombre d'arrière petits enfants : _____

✚ Autres liens familiaux : _____

✚ Proximité de l'entourage : _____

✚ Lieu de vie et type d'habitat

- e. Appartement
- f. Maison
- c. Institution
- d. Chez un familier

✚ Animaux et compagnie :

- g. Non
- h. Oui Le(s)quel(s) : _____

✚ Croyances religieuses :

- i. Non
- j. Oui Laquelle : _____

✚ Habitudes (fumeur ...) _____

✚ Métier(s) exercé(s) : _____

✚ Quels sont vos souhaits en matière d'animation : _____

✚ Choix de lecture : _____

✚ Quels sont vos attentes d'une maison de retraite ? _____

✚ Petite biographie _____

✚ Pensez à apporter des photos de famille et/ou un album photo

« Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régional de santé et le président du conseil général. »

Par arrêté conjoint en date du 9 février 2011, le Directeur Général de l'ARS, le Président du Conseil Général et le Préfet ont fixé la liste des personnes qualifiées au titre de l'article R 3111-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les personnes qualifiées au titre de l'article L311-5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), auprès desquelles toutes personnes prises en charge dans un établissement médico-social peut faire appel sont :

-  Madame Danièle VISY
-  Monsieur Marius HAMANN
- 

Ces personnes sont joignables par courrier à Nom prénom de la personne qualifiée - dispositif "personnes qualifiées" - 28/30 Avenue André Malraux 57046 Metz Cedex 1 ou par téléphone au 03 87 56 30 30 en demandant au standard le service de la personne qualifiée.

Si besoin, le département a un médiateur. Le médiateur ne reçoit pas directement les demandeurs. Il doit obligatoirement être saisi par écrit (en y incluant les pièces justificatives) :

- par courrier postal : Médiateur Départemental, 1 rue du Pont Moreau, CS 11096, 57036 METZ Cedex 1
- par courriel : mediateur57@moselle.fr

Il existe aussi des associations d'utilisateurs agréés que l'on peut trouver sur le site de l'ARS (<https://solidarites-sante.gouv.fr>) pour 2019.

Association « Les Jardins »
Rue des Maraîchers
57403 SARREBOURG CEDEX

Tarif EHPAD
Année 2024

	HEBERGEMENT	DEPENDANCE			TOTAL
		GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	
ACCUEIL DE JOUR	44,50 e	0	0	0	44,50 e
ACCUEIL TEMPORAIRE	78,00 e	0	0	0	78,00 e
ACCUEIL TEMPORAIRE Chambre doublée	67,00 e	0	0	0	67,00 e
ACCUEIL DEFINITIF Chambre seul	64,57	20,69	13,13	5,57	64,57 + GIR
ACCUEIL DEFINITIF Chambre doublée	56,49	20,69	13,13	5,57	56,49 + GIR
- De 60 ans	64,57	16,71	16,71	16,71	81,28

ASSOCIATION
LES JARDINS
ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR
PERSONNES AGEES DEPENDANTES

RUE DES MARAICHERS
57403 SARREBOURG CEDEX

DOSSIER MEDICAL

Demande pour :

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

NOM :

PRENOM :

GROUPE GIR _____

Certificat médical de Mme/M. :

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 sortie(s) à l'insu de l'établissement
 Troubles du sommeil Inversion du rythme nyctéméral

Suivi par un hôpital de jour et/ou une consultation mémoire (Si oui, veuillez 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"/> Héparine sous cutanée
<input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale
<input type="checkbox"/> Sonde vésicale
<input type="checkbox"/> Cystostomie
<input type="checkbox"/> Insuline
<input type="checkbox"/> Escarres - Localisation : _____ | <input type="checkbox"/> Risque de fausse route
<input type="checkbox"/> Perfusion
<input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique
<input type="checkbox"/> Gastrostomie
<input type="checkbox"/> Dialyse
<input type="checkbox"/> Colostomie |
|--|---|

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 à compléter

Nom de la personne âgée : _____

GRILLE D'AUTONOMIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Renseignez obligatoirement la grille et tous les cadres

CONSEQUENCES DES DEFICIENCES DETERMINATION DU GROUPE AGGIR

A : Fait seul(e) 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	

A _____ 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

ARTICLE L311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)