

D2
18802 ✓



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction de la Sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins
Mission de la coordination et
de la gestion du risque maladie

Direction générale de la Cohésion sociale
Sous-direction de l'autonomie, des personnes handicapées
et des personnes âgées
Bureau des services et établissements

Personnes chargées du dossier :

Jean-Christian Sovrano

Caroline Bussière

Tél. : 01 40 56 86 71

Tél. : 01 40 56 52 91

MA-2366D

Paris, le **12 AOUT 2011**

Monsieur le Président,

Monsieur Xavier BERTRAND, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, en accord avec Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, a annoncé dans le cadre de l'instance de simplifications administratives installée le 3 février dernier sa volonté de simplifier les procédures d'admission en EHPAD au bénéfice des médecins traitants, mais aussi des médecins-coordonnateurs, des personnes âgées et de leur famille.

Dans ce cadre, un groupe de travail piloté par la direction générale de la cohésion sociale et la direction de la sécurité sociale et associant les professionnels concernés a été mis en place en mars 2011 pour élaborer un dossier unique de pré-admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Nous vous remercions d'avoir participé activement à ces travaux.

Nous vous prions de trouver ci-joint le projet validé de dossier comprenant un volet médical et un volet administratif issu de ces réflexions et qui s'appuie sur des démarches analogues déjà mises en place dans certaines régions ou départements.

Ce projet sera présenté lors de la prochaine réunion aux membres de l'instance de simplifications administratives.

Monsieur Patrick KANNER
Président de l'UNCCAS
Villa Suchet
105, avenue Gambetta
75960 - PARIS CEDEX 20

Il est désormais prévu de diffuser ce dossier-type et de le mettre à disposition de ses utilisateurs, en effectuant un suivi qualitatif de la satisfaction dans un nombre limité de départements choisis dans plusieurs régions. Ceux-ci seront arrêtés prochainement et leur nom vous sera communiqué. Ce suivi auprès des EHPAD et des médecins traitants se déroulera lors du dernier trimestre 2011. Un questionnaire d'évaluation de ce dossier sera transmis aux ARS à cet effet. Il est important de recueillir un nombre suffisant de réponses au questionnaire d'évaluation de la part des médecins traitants, des médecins coordonnateurs et des directions d'établissements afin de mesurer tant la facilité d'utilisation de ce document que la pertinence de son contenu. Aussi, nous vous remercions de bien vouloir sensibiliser vos adhérents en relayant l'information sur cette démarche.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de notre considération distinguée.

LE CHEF DE SERVICE
Adjoint à la Directrice générale
de la cohésion sociale

↑

Philippe DIDIER-COURBIN

Le directeur de la sécurité sociale
Dominique LIBAULT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements auprès desquels vous souhaitez entrer.

Ce dossier comprend :

- ° un volet administratif renseigné par vos soins ou ceux d'une personne habilitée pour le faire (travailleur social etc.)
- ° un volet médical, daté et signé de votre médecin traitant ou d'un autre médecin, à mettre sous pli confidentiel comportant la mention "dossier médical" ainsi que votre nom.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

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

- ° le dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- ° les justificatifs des pensions.

Au moment de l'entrée en établissement, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires vous sera demandé.

NB : Si vous souhaitez obtenir des renseignements complémentaires (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie), vous pouvez contacter le conseil général de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, vous pouvez contacter le conseil général de ce département.

1 ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Prénom : _____
 N° de sécurité sociale : _____
 Date et lieu de naissance : _____
 Situation familiale :
 Célibataire
 Vit maritalement
 Pacsé (e)
 Marié (e)
 Veuf (ve)
 séparé (e)
 Divorcé (e)
 Nombre d'enfants : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 Mail : _____

Mesure de protection juridique :
 Oui
 Non
 En cours
 Si oui, laquelle ?
 tutelle
 curatelle
 sauvegarde de justice
 Autre, préciser : _____

Coordonnées du représentant légal :
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Qualité : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 Mail : _____

2 PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par le demandeur ?

oui
 non

Si c'est le cas :

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 Mail : _____
 Lien de parenté ou de relation avec le demandeur : _____

3 DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché :

Hébergement permanent
 Hébergement temporaire
 Accueil couple souhaité :

oui
 non

Situation de la personne âgée à la date de la demande :

Domicile
 chez enfant/proche
 logement foyer
 EHPAD
 Hôpital
 Autre, préciser : _____

Dans le cas où le demandeur ne remplit pas lui-même le document :

Le consentement éclairé n'a pu être recueilli

La personne est-elle informée de la demande ?

oui
 non

La personne est-elle consentante (à la demande) ?

oui
 non

4 COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

Le demandeur lui-même :
 oui
 non

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter :

(1) Nom : _____
 Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____
 Mail : _____

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :

(2) Nom : _____
 Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____
 Mail : _____

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :

5 AIDES FINANCIERES

Pensez-vous financer vous-même ou avec l'aide d'un tiers vos frais de séjour ?

oui
 non

Aide sociale à l'hébergement :

oui
 non
 Demande en cours

Allocation logement (APL/ALS) :

oui
 non
 Demande en cours

Allocation personnalisée à l'autonomie :

oui
 non
 Demande en cours

Prestation de compensation du handicap / Allocation compensatrice pour tierce personne

oui
 non

6 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT LE VOLET ADMINISTRATIF DE LA DEMANDE

Nom : _____
 Prénom : _____
 Qualité/ Lien de parenté : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____

Date d'entrée souhaitée :

immédiat
 dans les 6 mois
 échéance plus lointaine

Date de la demande :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

Signature de la personne ayant établi la demande :

DOSSIER MEDICAL UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
Document médical confidentiel - à mettre sous pli confidentiel

1 PERSONNE CONCERNEE
NOM/PRENOM _____
Date de naissance _____

2 MOTIF DE LA DEMANDE
Changeement d'établissement _____
Fin/retour d'hospitalisation _____
Maintien à domicile difficile _____
autres (préciser) : _____

3 TAILLE _____
POIDS _____

4 FONCTIONS SENSORIELLES
Cécité _____
Surdité _____

5 RISQUE DE FAUSSE ROUTE

6 REEDUCATION
kinésithérapie _____
orthophonie _____
autres (préciser) _____

7 DONNEES SUR L'AUTONOMIE*

	A	B	C
Transfert			
Déplacements	à l'intérieur		
	à l'extérieur		
Toilette	haut		
	bas		
Elimination	urinaire		
	fécale		
Habillage	haut		
	moyen		
	bas		
Alimentation	se servir		
	manger		
	temps		
Orientation	espace		
Communication pour alerter			
Cohérence			

9 SOINS TECHNIQUES

	oui	non
sondes à oxygène		
sondes d'alimentation		
sonde trachéotomie		
sonde urinaire		
gastrostomie		
colostomie		
urétérostomie		
appareillage ventilatoire		
chambres implantables		
dialyse péritonéale		

10 PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

	oui	non
soins d'ulcère		
soins d'escarres		
localisation: _____		
stade: _____		
durée du soin: _____		
type de pansement: _____		

8 SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	oui	non
idées délirantes		
hallucinations		
agitation, agressivité (cris...)		
dépression		
anxiété		
apathie		
désinhibition		
comportement moteur aberrant (dont		
déambulation pathologique...)		
troubles du sommeil		

11 APPAREILLAGES

	oui	non
fauteuil roulant		
lit médicalisé		
matelas anti-escarres		
déambulateur		
orthèse		
prothèse		
pace-maker		
autres (préciser): _____		

12 ANTECEDENTS

médicaux
chirurgicaux

13 GERE SEUL SON TRAITEMENT

oui	non

14 ALLERGIES (DONT MEDICAMENTEUSES)

oui	non

Si oui, préciser :

15 PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

ne sait pas	oui	non

Préciser (localisation, etc) :

16 PATHOLOGIES ACTUELLES

17 AUTRES SOINS

soins palliatifs

oui	non

18 CONDUITES A RISQUE

alcool	oui	non
tabac		
sevrage		
autres (préciser) :		

19 MEDECIN TRAITANT

NOM/PRENOM

Commune

N° de téléphone

mèl:

20 TRAITEMENTS EN COURS

ou joindre la dernière ordonnance
(nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

21 COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS
EVENTUELLES

22 DATE

NOM ET FONCTION DU MEDECIN
QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER

SIGNATURE

*A - fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

B - fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

C - ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement