

## DOSSIER DE DEMANDE : ADMISSION HEBERGEMENT TEMPORAIRE D'URGENCE EN EHPAD

### Présentation :

Le présent dossier est à compléter pour l'orientation d'une personne vers une place temporaire d'urgence « HTU » en EHPAD. Ces places sont destinées à accueillir des personnes âgées, dans le cadre d'hébergement non programmé, en offrant une transition entre les services hospitaliers et le domicile :

- Solution pour les personnes ne relevant pas de soins hospitaliers et/ou ne relevant pas d'un SSR
- Solution pour les personnes ne pouvant pas réintégrer leur domicile ou rester dans leur logement

### Modalités :

- Décision d'admission de l'EHPAD : 48 heures
- Pas d'entrée au sein de l'EHPAD le week-end et jour férié
- Décision concertée et délai raisonnable défini à 48h entre le repérage et l'orientation (*possibilité d'appui pour l'aide à l'évaluation et à la recherche d'autres solutions par le Dispositif d'Appui et de Coordination-DAC RSV*)

### Conditions d'orientation :

- Personne de plus de 60 ans
- Personne en perte d'autonomie, avec des critères de fragilité
- Pas ou peu d'aides au domicile et avec la nécessité de mettre en place une organisation adaptée
- Personne ne pouvant pas réintégrer ou rester dans son logement, en situation de crise aiguë :
  - Aidant défaillant (dû à une hospitalisation, etc...)
  - Danger imminent lié au domicile : (préciser) \_\_\_\_\_
- Retour possible à domicile dans les 30 jours  
Etapas pour l'orienteur :
  1. Obtention de l'accord de la personne ou de son représentant légal
  2. Contact au DAC 04.84.512.512 : pour évaluer éligibilité et connaître les disponibilités de places
  3. Envoi du dossier de demande à l'EHPAD
- Dossier de demande :
  - Volet administratif
  - Volet médical
  - Photocopie de la carte d'identité, attestation de la carte vitale ou attestation Complémentaire Santé Solidaire, mutuelle, comptes-rendus médicaux, évaluation gériatrique standardisée

### Orienteur précisez le nom, mail, téléphone) :

- Equipe gériatrique hospitalière : \_\_\_\_\_
- Equipe mobile extra hospitalière : \_\_\_\_\_
- Structures de coordination : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Date d'entrée souhaitée : \_\_\_\_\_

Date de réception par l'EHPAD : \_\_\_\_\_

Date de décision de l'EHPAD : \_\_\_\_\_

### Décision de l'EHPAD :

- Accord
- Refus



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

SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  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...)<sup>4</sup> ? 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)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

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

**Adresse 1**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

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

**Adresse 2**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

<sup>4</sup> 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 COURS<sup>1</sup>

Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  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

@

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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 une ou plusieurs cases)**

**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 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.

# DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

**Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil**

Demande urgente OUI  NON

**Civilité :** Monsieur  Madame

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 difficile<sup>1</sup>**

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 anticipées<sup>2</sup> ? 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 :**

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

<sup>2</sup> 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](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 santé<sup>1</sup>**

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

Maigrissement récent<sup>2</sup>

Oui

Non

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

| Conduite addictive   | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Si OUI, précisez laquelle :<br><br>Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> |     |     |

| Déficiences sensorielles <sup>3</sup>  | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Si OUI, précisez laquelle :<br>- visuelle ;<br>- auditive<br>- gustative<br>- olfactive<br>- vestibulaire<br>- tactile |     |     |

| Rééducation  | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Si OUI, précisez laquelle :<br>- Kinésithérapie<br>- Orthophonie<br>- Autre (précisez) |     |     |

Risque de chute

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

Risque de fausse route

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

Soins palliatifs

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

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

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

<sup>3</sup> 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 <sup>1</sup> | B <sup>2</sup> | C <sup>3</sup> |
|--|---------------|----------------|----------------|----------------|
| 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 <sup>4</sup> | 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        |     |     |
| Gastrostomie          |     |     |

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

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

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

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> 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).



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

|   |
|---|
| 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**