



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DOSSIER D'ADMISSION

DATE DE LA DEMANDE :	
----------------------	--

INFORMATIONS DU DEMANDEUR

NOM :		Prénom :	
Nom de naissance :		Lieu de naissance :	
Date de Naissance :		Age :	
Adresse actuelle :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone fixe :		Téléphone portable :	
Adresse mail :			
Situation familiale :	Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(-ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>		
Nombre d'enfants :			
Régime de protection juridique :	NON <input type="checkbox"/> TUTELLE <input type="checkbox"/> CURATELLE <input type="checkbox"/> HABILITATION FAMILIALE <input type="checkbox"/>		
AUTRE :	_____		

COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER

NOM :		Prénom :	
Lien avec le demandeur :			
Téléphone fixe :		Téléphone portable :	
Adresse mail :			

Cadre réservé à l'administration :



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DOSSIER D'ADMISSION

PARTIE ADMINISTRATIVE

Condition de vie du candidat :

Vit-il en famille : OUI NON

Vit-il en établissement : OUI NON

Si OUI, lequel :

Depuis quelle date :

Autres modes d'accueil (Hébergement temporaire, accueil de jour etc...) :

Situation sociale :

- **Sécurité sociale**

Numéro d'immatriculation :

Régime général : OUI NON

Si NON, quel régime : _____

- **MDPH** (*joindre la copie*)

Date décision :

Orientation :

Validité :

- **Allocation Adulte Handicapé (AAH)** (*joindre la copie*)

La personne perçoit-elle l'A.A.H ? OUI NON

Si OUI, depuis quand :

- **Allocation Compensatrice** : (*joindre la copie*)

La personne perçoit-elle l'allocation compensatrice ? OUI NON

Si OUI, depuis quand :

- **Carte d'invalidité** : (*joindre la copie*)

Carte d'invalidité délivrée le :



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DOSSIER D'ADMISSION

Vie quotidienne

- **Activités :**

La personne aime -t-elle la lecture oui non

La télévision oui non

La musique oui non

Les jeux oui non

Si oui, lesquels :

La peinture / le coloriage oui non

Les promenades extérieures oui non

La personne a-t-elle une activité favorite oui non

Si oui, laquelle :

La personne aime-t-elle les animaux oui non

Si oui, a-t-elle un animal oui non

La personne aime-t-elle le sport oui non

Si oui, lesquels :

La personne participe-t-elle à des activités de vie quotidienne oui non

Si oui, lesquelles :

- **Alimentation :**

La personne participe -t-elle à la réalisation des repas oui non

La personne est-elle autonome pour manger oui non

Existence de troubles du comportement alimentaire oui non

Si oui, lesquels



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DOSSIER D'ADMISSION

ENTOURAGE FAMILIAL

Contacts proches (parents, frères, sœurs, enfants, petits-enfants, amis proches, éducateurs, etc.)

Nom-Prénom	Lien	Ville	Téléphone

AUTRES INTERVENANTS

MEDECIN TRAITANT :	Nom - Prénom : Téléphone : Ville : Mail :
ASSISTANCE SOCIALE :	Nom - Prénom : Téléphone : Mail :
INFIRMIER(E) A DOMICILE :	Nom(s) – Prénom(s) : Téléphone : Mail :
AIDE A DOMICILE	STRUCTURE : Téléphone : Mail :
KINESITHERAPEUTE	Nom - Prénom : Téléphone : Mail :
AUTRE (mandataire, autre paramédicaux, etc.)	Préciser : Coordonnées :
	Préciser : Coordonnées :



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DOSSIER D'ADMISSION

PARTIE MEDICALE

A remplir par le médecin traitant sous pli confidentiel

Affection principale motivant la demande d'admission : nature et origine du handicap

TRAITEMENTS (*joindre dernière ordonnance en cours*)

ANTECEDENTS :

- **Antécédents chirurgicaux :**

- **Antécédents médicaux :**



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DOSSIER D'ADMISSION

Allergies – intolérances

Facteurs de risque (Tabac, alcool, etc..)

Communication :

La personne comprend elle parfaitement ce qu'on lui dit	oui	non
Elle ne comprend que les ordres simples	oui	non
La personne parle normalement	oui	non
Langage moyennement élaboré	oui	non
La personne sait se faire comprendre	oui	non
Si oui, comment :		
La personne utilise-t-elle un moyen de communication non verbal	oui	non
Si oui, lequel?		
Remarques particulières		

Mobilité

Le personne marche-t-elle seule	oui	non
A-t-elle besoin d'un appui pour se déplacer	oui	non
Si oui, lequel		
Porte-t-elle un appareil orthopédique	oui	non
Si oui, lequel		

Si la personne ne marche pas:

Peut-elle se déplacer en fauteuil	oui	non
Peut-elle le manœuvrer seule	oui	non

UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DOSSIER D'ADMISSION

Peut-elle se tenir sur une chaise

Remarques particulières :

Autonomie		A	B	C	Appareillages		
Transfert	A l'intérieur					OUI	NON
Déplacements	A l'extérieur				Fauteuil roulant		
Toilette	Haut				Lit médicalisé		
	Bas				Matelas anti-escarres		
Elimination	Urinaire				Déambulateur		
	Fécale				Orthèse		
Habillage	Haut				Prothèse		
	Moyen				Pace-maker		
	Bas						
Alimentation	se servir				Autres (préciser):		
	manger						
Orientation	Temps						
	Espace						
Communication pour alerter							
Cohérence							

UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DOSSIER D'ADMISSION

Vie Quotidienne

- **Propreté** : de Jour : de Nuit

Indifférence totale	oui	non
Manifeste le besoin	oui	non
Propre moyennant des sollicitations à heures régulières	oui	non
Incontinence diagnostiquée ou énurésie, encoprésie	oui	non
Autonomie acquise	oui	non

- **Toilettes :**

La personne fait sa toilette seule	oui	non
La personne se fait aider par une tierce personne	oui	non
La personne est entièrement dépendante	oui	non
Comportement face à la toilette :		

-Soins techniques

	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareil ventilatoire (VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

Symptômes psycho-comportementaux

	OUI	NON
Idées délirantes		



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi (EHPAD à domicile)

UNITE POUR PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES DOSSIER D'ADMISSION

Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risques de sorties non accompagnées)		
Troubles du sommeil		

Informations complémentaires sur des troubles du comportement :

Informations complémentaires générales

<u>Médecin qui a renseigné le dossier</u>			
Nom :		Prénom :	
Téléphone :		<u>Signature et cachet</u>	
Date :			