



Le d'Argent

Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes

ADMISSION

DOSSIER ADMINISTRATIF – Liste des pièces à fournir

- Copie du livret de famille et carte d'identité
- Responsabilité civile
- Carte vitale
- Attestation de sécurité sociale
- Carte de mutuelle
- Avis d'imposition ou non imposition
- Récapitulatif annuel des versements des retraites (avis des sommes à déclarer aux services fiscaux)
- Jugement de mise sous protection
- Relevés de compte bancaires ou postaux des 3 derniers mois
- Chèque de caution d'un montant de 1956,10€ (encaissé) à l'ordre du Trésor Public à remettre le jour de l'admission.
- Dans le cas d'une admission, souhaitez-vous le téléphone ?

Oui

Non

TARIFS HEBERGEMENT AU 01/05/2019

GIR 5-6 63.10 €

GIR 3-4 71.44 €
APA (à déduire) - 8.34 €

GIR 1-2 79.78 €
APA (à déduire) - 16.68 €

La demande d'APA (Allocation pour Perte d'Autonomie) est à faire auprès du Conseil Général. Les dossiers peuvent être retirés en Mairie.



E d'Argent

Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes

TROUSSEAU CONSEILLE

Désignation	Quantité	
	Été	Hiver
Argent (préciser somme)		
Blouse		
Bretelles	1	1
Ceinture	1	1
Chaussettes-collants-bas	7	7
Chaussures-Chaussons	2	2
Chemise / polo	5	5
Chemise de nuit / pyjama	7	7
Chemisier	5	5
Colffure (casques, chapeau)	1	1
Combinaison, jupon	5	5
Corset, Gaine		
Echarpe	1	1
Foulard	1	1
Gilet	2	5
Maillot de corps	7	7
Manteau (Imperméable)	1	1
Mouchoirs	7	7
Produits de toilette		
Pantalon	5	5
Pull		5
Rasoir électrique		
Réveil		
Robe de chambre	2	2
Robe, jupe	5	5
Slip ou caleçon	7	7
Soutiens gorge	7	7
Télévision		
Transistor		
Valise / Sac de voyage		
Veste	1	1
Necessaire de toilette		
A renouveler 1 fois par mois : 1 bombe à raser, du shampoing, gel douche, savon,		
Le nettoyage des vêtements fragiles (manteau, veste, tailleurs, etc...) sont à la charge des familles.		
TROUSSEAU CONSEILLE		

Les vêtements (pulls, tricotés etc ...) en pure laine ainsi que les damars, compte tenu de leur fragilité sont laissés aux soins des familles pour leur entretien et sont donc déconseillés dans le trousseau. Prévoir vêtements adéquates aux saisons (été, hiver).



Le Fil d'Argent

Établissement d'Accueil des Personnes Âgées Dépendantes

PROCEDURE DE VISITE DE PREADMISSION A DESTINATION DES FAMILLES

L'EHPAD « Le Fil d'Argent » est un établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes (capacité de 90 chambres individuelles) situé dans le centre-ville de Bray-sur-Seine. Les entrées font suite à des difficultés de maintien ou de retour à domicile.

Formalités d'admission :

Toutes les admissions sont précédées d'une visite de préadmission. Cette visite fait partie des formalités obligatoires.

- Dossier : Au préalable, un dossier d'admission est retiré au secrétariat ou envoyé selon la demande. Ce dossier comprend notamment des informations d'ordre administratif et financier ainsi qu'un questionnaire médical et la grille AGGIR (outil d'évaluation de la dépendance). Ceux-ci doivent être remplis, datés et signés par un médecin (traitant ou hospitalier). Le dossier dûment rempli est à retourner au bureau des admissions afin de prévoir la date de visite de pré-admission ou en attente de cette date.
- Visite de préadmission : L'équipe pluridisciplinaire (Médecin coordonnateur, psychologue, Cadre de santé, animatrice et infirmière) reçoit dans un premier temps du rendez-vous le ou la future résidente afin d'établir un dialogue, puis dans un second temps la personne avec sa famille (Il est impératif qu'un membre de la famille accompagne).
Lors de cette visite, un dossier d'accueil est remis au futur résident ou à son représentant légal. Ce dossier comprend notamment le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, le livret d'accueil, l'organigramme de l'EHPAD, des plaquettes d'informations générales ainsi que la charte de la personne âgée accueillie.
- Commission d'admission : Suite à la visite de préadmission, la Commission d'admission se concerte afin de valider ou d'invalider la demande. Vous serez informé de la décision dans un délai de 8 jours maximum après la visite de préadmission.
- Modalités de contrat : Le contrat de séjour (obligatoire) doit être signé à l'entrée du résident (par ce dernier ou son représentant légal). Dans tous les cas, si vous souhaitez revenir sur ce contrat (souhait de changer de structure pour un rapprochement familial ou retour au domicile ou autre) nous vous invitons à mettre fin à ce contrat par écrit (lettre recommandée avec AR).

S'en suit un préavis d'un mois que le résident peut effectuer en restant sur site ou non.

▫ Tarifs : Le prix de journée est fixé annuellement par le Président du Conseil Général de Seine et Marne.

Sectorisation de l'accueil :

Les services de soins sont répartis sur 3 étages :

- Au rez-de-chaussée, accueil des personnes les plus autonomes physiquement ou cognitivement,
- Au 1^{er} étage, les personnes atteintes de troubles cognitifs (Alzheimer et maladies apparentées),
- Au 2^{ème} étage, les personnes présentant les handicaps physiques les plus lourds (maladie de Parkinson, hémiplégié, suites d'accidents vasculaires cérébraux,...).

Le projet d'établissement vise par cette répartition à accroître la qualité de la prise en charge en proposant notamment des formations ciblées aux agents et en appareillant chaque service de façon à ce que la population accueillie puisse bénéficier d'un matériel optimum et en adéquation avec la pathologie de chaque résident.

Chambre :

L'établissement propose 2 types de chambres compte tenu de l'architecture du bâtiment :

- Des chambres situées dans le bâtiment dit « ancien » destinées aux résidents les plus autonomes,
- Des chambres situées dans le bâtiment dit « neuf » destinées aux résidents dépendants et nécessitant du matériel médical conséquent.

Le choix de la chambre est du ressort de l'équipe pluridisciplinaire car nous souhaitons proposer une prise en charge optimum pour chaque personne malgré les déficiences et le handicap.

N'hésitez pas à préparer la visite de pré admission en listant les questions qui restent en suspens. Nous y répondrons lors de ce rendez-vous.

Commission d'admission
BHPAD « Le fil d'argent »



N° 14732*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

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

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- ° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- ° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- ° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

SI OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire _____

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

Domicile Chez enfant/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD / SAD¹ Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

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

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ____ / ____ / ____

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.

*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS **ALLERGIES** Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	Si oui, préciser (localisation, etc.) Préciser la date du dernier prélèvement			
Tabac				
Sevrage				

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RISQUE DE FAUSSE ROUTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	REEDUCATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cécité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Orthophonie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				Autre (préciser)	<input type="text"/>

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du
médecin