

Nom de la personne ayant rempli le dossier :

Lien avec la personne âgée :

Avez-vous discuté du placement avec la personne âgée ?

Oui Non

Est-elle d'accord ? Oui Non

Adresse :

Téléphone :

Dossier remis le / / **par :**

Etablissement :

Autre professionnel :

CLIC Repèr'âge – Tel : 02 51 28 45 45

(cadre réservé) Demande reçue le :

à l'administration Renouvelée le :

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL

NOM : Nom de jeune fille :

PRENOM : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone : Situation de famille : Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)
 Marié(e) Séparé(e) Vie Maritale

Nombre d'enfants : Ancienne profession :

MOTIF DE LA DEMANDE :

.....

.....

.....

INTERVENANTS A DOMICILE

Professionnels intervenants actuellement au domicile :

Date de début de l'intervention

Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	
Portage de Repas	<input type="checkbox"/>	
Aide ménagère	<input type="checkbox"/>	
Autres :	<input type="checkbox"/>	

MEDECIN TRAITANT

Nom, adresse, téléphone du **médecin traitant**

Si vous êtes actuellement hospitalisé(e),
Lieu d'hospitalisation, service et nom du médecin :

COUVERTURE SOCIALE

Caisse d'assurance maladie : Adresse :	N° d'immatriculation :
Caisse d'assurance maladie complémentaire : Adresse :	N° d'adhérent :

CMU Complémentaire : Oui Non

Aides financières déjà en place : Oui Non

Si OUI, précisez lesquelles : ADPA : n° GIR
 APL ou allocation logement : n°
 Aide sociale : n°

Si NON, lesquelles voulez-vous solliciter ? ADPA
 APL ou allocation logement
 Aide sociale

Adresse de la facturation des frais de séjour :

le Résident Autre (précisez le nom et les coordonnées) :
.....
.....

PROTECTION JURIDIQUE

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Non, une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Oui, indiquez le nom, adresse et téléphone du tuteur ou de l'association chargée de la gestion des biens (joindre la photocopie du jugement de tutelle) :	

CORRESPONDANTS

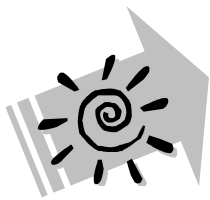
(si plus de 3 correspondants, préciser sur papier libre)

Nom et Prénom	Lien avec la personne	Adresse, téléphone domicile et téléphone travail

Nom et Prénom de la personne à contacter en cas de proposition de place :
(personne dont les coordonnées sont dans le tableau ci-dessus)

Date :

Signature :



Document à faire compléter par le médecin qui suit votre état de santé (médecin traitant, hospitalier...)

ETAT CIVIL

NOM : Nom de jeune fille :
PRENOM : Date de naissance : Sexe : F M
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone : Référent Familial :
Taille : Poids : kg
Vision : Appareillage: Oui Non
Audition : Appareillage: Oui Non

ANTECEDENTS

↳ Médicaux :
.....
.....
.....
.....
↳ Chirurgicaux :
.....
.....
.....
.....
↳ Neuropsychologiques :
.....
.....
.....
.....
↳ Allergiques :
.....
.....
.....

ACTUELLEMENT

Problèmes infectieux nécessitant des précautions particulières (ex : HIV, HCV, HBV, Pyocyanique résistant...) :
.....
.....
.....

Problèmes médicaux et neuro-psychologiques actuels :

Si connu MMS : Get Up and Go Test (Risque de chutes) : Oui Non MNA :

Traitement en cours : Géré par le Patient Oui Non

Risque de Fugue : Oui Non

Soins Infirmiers : Absence de soins ou à caractère exceptionnel
 Soins légers ou épisodiques : distribution de médicaments, prévention des escarres...
 Soins infirmiers simples : injections parentérales, pansements petits et moyens...
 Soins infirmiers lourds : transfusions, perfusions, grands pansements, canules, alimentation par sonde...

Kinésithérapie : Oui Non

Médecins spécialistes (nom et coordonnées) :

Alimentation / Régime : Sans sel Diabétique Autre (préciser).....

Avez-vous discuté du placement avec la personne âgée ? Oui Non

Est-elle d'accord ? Oui Non

Document à joindre sous pli cacheté à la demande d'admission, à l'attention du Médecin Coordonnateur ou du Médecin Référent (document soumis au secret médical).

Etabli le : à :

Par le Docteur

Signature :

Cachet du Médecin :

GRILLE A.G.G.I.R.

AUTONOMIE :

- A : Fait seul totalement, habituellement, correctement
- B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement
- C : Ne fait pas.

	A	B	C
COHERENCE (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)			
ORIENTATION (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)			
TOILETTE (assurer son hygiène corporelle)	HAUT		
	BAS		
HABILLAGE (s'habiller, se déshabiller)	HAUT		
	MOYEN		
	BAS		
ALIMENTATION SE SERVIR : couper la viande, se servir à boire MANGER : porter à la bouche les aliments préparés			
ELIMINATION (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale)	URINAIRE		
	ANALE		
TRANSFERTS (se lever, se coucher, s'asseoir)			
DEPLACEMENT à l'INTERIEUR (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)			
DEPLACEMENT à l'EXTERIEUR			
COMMUNICATION A DISTANCE (utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...)			

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, demeurant à

A _____ le _____

(signature du médecin)
(cachet indispensable)



Madame, Monsieur,

Ce dossier de pré-inscription a été réalisé en collaboration avec les établissements pour personnes âgées. Ce dossier, après avoir été complété, peut être utilisé dans chaque établissement figurant dans la liste ci-dessous. Ainsi, ce document peut être photocopié autant de fois que de demandes (dans le cas d'inscriptions dans plusieurs établissements cités dans la liste).

Avant d'envoyer le dossier (dossier administratif + certificat médical),
veuillez prendre contact (en rendez-vous ou par téléphone) avec les établissements où vous
souhaitez faire une inscription afin de les informer de votre démarche.

Liste des établissements utilisant le dossier administratif « CLIC » :

Etablissement	Adresse	Téléphone et email
EHPAD « Résidence Paul Bouhier »	Boulevard des Courlis 85460 L'AIGUILLON SUR MER	Tel : 02 51 27 14 10 foyer.aigmer@wanadoo.fr
EHPAD « Louis Crosnier »	1 route de la Tranche sur Mer 85750 ANGLES	Tel : 02 51 97 52 70 angles.ccas@orange.fr
EHPAD « Résidence Les Pictons »	Rue Julien Hilaire Petit 85450 CHAILLÉ LES MARAIS	Tel : 02 51 56 70 21 lf.lespictons@wanadoo.fr
EHPAD « Sainte Bernadette »	10 rue du 8 Mai 85450 CHAMPAGNE LES MARAIS	Tel : 02 51 56 61 16 maison-de-retraite-sainte-berna@wanadoo.fr
EHPAD « Les Roches »	85320 CHÂTEAU GUIBERT	Tel : 02 51 30 55 05 secrehpadlesroches@wanadoo.fr
EHPAD « Résidence Beauséjour »	9 rue Beauséjour 85540 LE CHAMP ST PERE	Tel : 02 51 40 93 26 ehpadbeausejour@orange.fr
EHPAD(s) du Centre Hospitalier	CHD Site de Luçon Secrétariat des Résidences - BP 159 85407 LUÇON Cedex	Tel : 02 51 28 33 72 christine.berthome@chd-vendee.fr
EHPAD « Les Ardillers »	9 rue Fief du Bois 85320 MAREUIL SUR LAY	Tel : 02 51 30 50 92 ehpad.ardillers@orange.fr
EHPAD « Résidence Fleurie »	9 rue Louise Michel 85370 NALLIERS	Tel : 02 51 30 70 19 residence.fleurie.nalliers@wanadoo.fr
EHPAD « L'Ermitage »	7 rue de l'Ermitage 85540 MOUTIERS LES MAUXFAITS	Tel : 02 51 98 91 08 maisonderetraite.moutierslesmauxfaits@wanadoofr
EHPAD « Résidence Le Chêne Vert »	Rue du Chêne Vert 85450 PUYRAVAULT	Tel : 02 51 28 63 29 le-chene-vert-puy@wanadoo.fr
EHPAD « Les Tulipes »	15 rue des campeurs 85360 LA TRANCHE SUR MER	Tel : 02 51 27 72 25 ehpad.la.tranche@wanadoo.fr
EHPAD « La Sainte Famille »	18 rue de l'Eglise 85400 STE GEMME LA PLAINE	Tel : 02 51 27 03 14 saintefamille2@wanadoo.fr
EHPAD « Saint Denis »	Rue Jean Guilbaud 85450 VOUILLÉ LES MARAIS	Tel : 02 51 52 54 80 ehpadstdenis@wanadoo.fr

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

MODALITES DE RENOUVELLEMENT DE L'INSCRIPTION

Je soussigné(e).....

Certifie avoir été informé que la présente inscription de (nom et prénom).....

.....
Doit être renouvelée tous les **6 mois** faute de quoi elle sera annulée.

Je m'engage à annuler cette inscription si toutefois elle n'a plus lieu d'être (autre placement ou décès).

Date

signature

TARIFS GENERAUX

L'arrêté 2011 DSF-TES N°38 en date du 26 janvier 2011 du CONSEIL GENERAL DE LA VENDEE fixe dans son article 2 les tarifs journaliers « hébergement » et « dépendance » applicables à compter *du 1^{er} février 2011* aux personnes hébergées à l'EHPAD L'Ermitage à MOUTIERS LES MAUXFAITS ainsi qu'il suit :

TARIFS JOURNALIERS « HEBERGEMENT »

Studio couple par personne	44.41 €
T2 couple par personne	43.91 €
T1	45.22 €
Hébergement Temporaire	55.45 €

TARIFS JOURNALIERS « DEPENDANCE »

Groupe 1 (GIR 1 et 2)	16.51 €
Groupe 2 (GIR 3 et 4)	9.80 €
Groupe 3 (GIR 5 et 6)	4.47 €

<u>TARIF JOURNALIER APPLICABLE AUX RESIDENTS DE MOINS DE 60 ANS</u>	57.38 €
--	---------

INFORMATION CONCERNANT L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE :

L'APA ne peut vous être versée pendant votre séjour à l'EHPAD. Cette aide est donc suspendue pendant ladite durée.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES POUR L'INSCRIPTION
A LA RESIDENCE L'ERMITAGE DE MOUTIERS-LES-MAUXFAITS

VOTRE OU VOS CAISSE(S) DE RETRAITE :

MOTIF DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'ATTENTE

- Il n'est plus possible pour vous de rester à domicile :
- Les aides en place sont devenues insuffisantes
- Il n'y a pas d'aide en place
- Suite à une hospitalisation
- C'est une préoccupation pour l'avenir
- Vous vous sentez seul(e)/isolé(e)
- Autre (précisez) :

QUI EST A L'INITIATIVE DE LA DEMANDE ?

- Vous-même
- Votre famille
- Votre médecin traitant
- Autre (précisez) :

Dans le cas où un tiers effectue la demande, la personne est-elle favorable à une entrée en maison de retraite ?

- OUI
- NON

Tous vos enfants sont-ils favorables à votre entrée en maison de retraite ?

- OUI
- NON

OU VOUS TROUVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?

- A votre domicile
- Vous habitez chez un proche
- A l'hôpital, précisez le service :
- Dans une autre maison de retraite (précisez)
- Autre (précisez)

OBSERVATIONS/REMARQUES

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS

Souhaits concernant votre séjour en maison de retraite :

.....

.....

.....

.....

Souhaits de votre entourage concernant votre séjour en maison de retraite

.....
.....
.....
.....

Connaissez-vous la maison de retraite de Moutiers-Les-Mauxfaits ?

OUI NON

Avez-vous visité la maison de retraite ?

OUI NON

Ancienne profession :

.....
.....

Habitudes de vie :

.....
.....
.....
.....

Religion :

pratiquant(e) OUI NON

Rythmes de vie

Heure du lever :.....

Heure du coucher :.....

Sieste oui non

Goûts alimentaires

aime :

.....
.....
.....
.....

n'apprécie pas :

.....
.....
.....
.....

Loisirs – occupations :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Lecture |
| <input type="checkbox"/> Musique | <input type="checkbox"/> Jeux de société |
| <input type="checkbox"/> Sorties | <input type="checkbox"/> Jardinage |
| <input type="checkbox"/> Activités manuelles | <input type="checkbox"/> autre (précisez) : |