



EHPA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées)

Ce dossier comporte :

- **Un volet administratif (4 pages) :** il doit être complété par le demandeur.
- **Un volet médical (4 pages) :**
 - La page 1/4 doit être remplie par le demandeur et remise au médecin désigné par La Providence, avec les dernières ordonnances, lors du rendez-vous.
 - Les pages 2/4 à 4/4 doivent être remplies par ce médecin qui les transmettra sous pli confidentiel au médecin conseil de La Providence siégeant à la commission d'admission.

DOCUMENTS À FOURNIR

Photocopies

- ▶ Carte Nationale d'identité ou Passeport
- ▶ Livret de famille
- ▶ Carte de Sécurité Sociale (Carte Vitale)
- ▶ Attestation de droits de l'Assurance Maladie en cours de validité
- ▶ Carte de Mutuelle en cours de validité
- ▶ Dernier Avis d'imposition – Etat patrimonial (immobilier, placements et autres revenus)
- ▶ Documents relatifs au dossier médical (voir volet médical ¾ à remettre au médecin)

Divers

- ▶ 1 photo récente

DOSSIER D'ADMISSION LA PROVIDENCE

Volet administratif 1/4

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance / / Lieu de naissance

Nationalité

Situation familiale Nombre d'enfants

Adresse

.....

Téléphone *Fixe* *Portable*

Mail@.....

Professions exercées *Vous*

(avant votre retraite) *Conjoint*

N° Sécurité Sociale

Coordonnées de votre Centre de Sécurité Sociale

.....

.....

Coordonnées de votre Mutuelle

.....

.....

Les informations recueillies, sur ce document, lors de votre entrée et durant votre séjour, font l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique. Ces données, dont vous pouvez obtenir communication et rectification en vous adressant à la Direction de la Fondation, seront nécessaires au Service administratif et au Service médical pour le bon déroulement de votre séjour.

Date.....

VOTRE SIGNATURE :

DOSSIER D'ADMISSION LA PROVIDENCE

Volet administratif 2/4

RÉFÉRENTS FAMILIAUX / PERSONNES À CONTACTER

⇒ **Personne 1 (contact de référence) :**

Nom

Lien de parenté.....

Adresse

Téléphone Fixe Port Bur

Mail@

Cette personne est-elle :

- Un proche aidant / personne à prévenir ? OUI NON
- La personne de confiance (telle que définie par la loi) OUI NON
(Si oui, merci de fournir le document)

⇒ **Personne 2 :**

Nom

Lien de parenté.....

Adresse

Téléphone Fixe Port Bur

Mail@

Cette personne est-elle :

- Un proche aidant / personne à prévenir ? OUI NON
- La personne de confiance (telle que définie par la loi) OUI NON
(Si oui, merci de fournir le document)

⇒ **Personne 3 :**

Nom

Lien de parenté.....

Adresse

Téléphone Fixe Port Bur

Mail@

DOSSIER D'ADMISSION LA PROVIDENCE

Volet administratif 3/4

CONFIDENTIEL / PENSIONNAIRE

Enfance et jeunesse

.....

.....

.....

.....

Vie Adulte

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Occupations, centres d'intérêt et vie sociale

.....

.....

.....

.....

Motivations et raisons de la venue en Maison de Retraite

.....

.....

.....

DOSSIER D'ADMISSION LA PROVIDENCE

Volet administratif 4/4

FINANCEMENT

DES FRAIS DE SÉJOUR ET SERVICES

Ressources financières

Vos Revenus *Montant :*

Vos Placements *Montant :*

.....

Votre Logement *Valeur estimée :* (si vous en êtes propriétaire)

Etes-vous bénéficiaire ?

- *Prestation de compensation du handicap : oui non si oui, montant :*
- *Prestation pour tierce personne : oui non si oui, montant :*
- *APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) : oui non si oui, montant :*

Volet médical 1/4

A remplir par le demandeur (Page 6 à 8) et à remettre au médecin désigné par La Providence avec les dernières ordonnances lors du RDV

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM **PRENOM** :

Taille : **Poids** :

Médicaments pris habituellement :
.....

Antécédents

Médicaux :
.....
.....

Chirurgicaux :
.....

Affection Longue Durée :

Intervenants médicaux que vous souhaitez conserver

Nom **Profession** :

Tél **Port**

Nom **Profession** :

Tél **Port**

Surveillance particulière

Régimes

Allergies

Autres

Aides Para-Médicales (*Rayez les mentions inutiles*)

Aide à la Prise de Rendez-vous oui non **Aide à la Prise des Médicaments** oui non

Divers à Signaler

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

Volet médical 2/4

SYNTHÈSE MÉDICALE

NOM.....PRENOM :.....

Date de naissance :

Motif médical et/ou social d'entrée à La Providence

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux (y compris allergies et habitudes toxiques)

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

Maladies évolutives / Pathologies actives

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

Le demandeur bénéficie-t-il de l'ALD ? Si oui pour quelle pathologie ?

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

Hospitalisations récentes (Dates, motifs, suites)

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

Volet médical 3/4

SYNTHÈSE MÉDICALE

Constatations lors de l'examen clinique

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

Traitements en cours

- **MEDICAMENTS** (ou copie de la dernière ordonnance récapitulant la totalité du traitement en cours)

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

- **SOINS PARA MEDICAUX EN COURS**

- Soins infirmiers de jour (si oui, lesquels)

.....

- Kinésithérapie

.....

- Autres para-médicaux

.....

.....

- **ADDICTIONS : Alcool, tabac, médicaments, toxiques....**

.....

.....

- **Le patient bénéficie-t-il d'un suivi neurologique et/ou psychiatrique ?**

.....

.....

Commentaires

.....

Signature du demandeur, précédée de la mention manuscrite « J'atteste sur l'honneur que ces données sont exactes et complètes » :

.....

Volet médical 4/4

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Etat civil du demandeur

NOM.....PRENOM :.....

Date de naissance :

Grille à remplir

A : Fait seul(e) spontanément ET totalement ET habituellement ET correctement

B : Fait seul(e) non spontanément ET/OU non totalement ET/OU non habituellement ET/OU non correctement

C : Ne fait pas seul(e) ou l'activité est réalisée en partie par la personne, mais tout doit être refait à chaque fois

			A	B	C
1	TRANSFERTS	Se lever, se coucher, s'asseoir			
2	DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
3	TOILETTE	Haut : visage, troncs, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes			
4	ÉLIMINATION	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
		Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
5	HABILLAGE	Haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête			
		Moyen : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, pressions			
		Bas : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			
6	ALIMENTATION	Se servir : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre			
		Manger les aliments préparés			
7	ALERTER	Utiliser les moyens de communication à distance, téléphone, sonnette, téléalarme			
8	DÉPLACEMENTS À L'EXTERIEUR	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
9	ORIENTATION	Se repérer dans le temps : saison, moment de la journée			
		Se repérer dans l'espace : lieux de vie habituels et lieux nouveaux			
10	COHÉRENCE	Communication : avec autrui dans la vie courante			
		Comportement : réactions adaptées aux situations, agressivité			

GIR

Votre patient bénéficie-t-il/elle d'une aide à domicile : OUI NON

○ si OUI : Préciser laquelle et combien de fois par jour.....

Fait à Paris le

Cachet et signature du médecin