



## DEMANDE D'ADMISSION EHPAD

Nom Prénoms du futur résident (e) .....

Nom de jeune fille.....

Date de naissance.....Lieu de naissance.....

Situation de famille                      marié(e)      veuf(ve)                      célibataire

Nationalité.....

Profession.....

Domicile actuel.....  
.....

Domicile habituel.....  
.....

Téléphone fixe : .....Portable : .....

E-Mail :  
.....

Nombre d'enfants :

NOM	PRENOM	Coordonnées	Téléphone	E-mail



**HOPITAL  
GORDES**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL :04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

Numéro de sécurité sociale :

Adresse de la caisse de sécurité sociale.....  
.....

Référence et adresse de la mutuelle complémentaire.....  
.....

Médecin traitant (nom, adresse et numéro de téléphone).....  
.....  
.....

**La demande fait suite à une orientation de :**

- Votre médecin
- Une assistante sociale
- Vous même
- Autre Lien de parenté .....

Revenus annuels : .....

Affiliation à une caisse de retraite :  OUI  NON

Si oui, laquelle : .....

Personne sous tutelle :  OUI  NON

Personne sous curatelle :  OUI  NON

Fait à :

Date :

Signature de l'intéressé(e) ou du demandeur (si  
autre que la personne concernée.

Conformément aux dispositions de la loi informatique, fichiers et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, chaque demandeur dispose d'un droit d'accès et de rectification à l'ensemble des données le concernant.

Demande à déposer ou à renvoyer par courrier à :

**HOPITAL LOCAL** – Service des Admissions- Route de MURS - 84220 **GORDES** -

Tel : 04/90/72/72/00 - Fax :04/90/72/05/79

Version n° 1

Mise à jour le 04/05/2010



## **LISTE DES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'ADMISSION**

### **Pour tous :**

- Photocopie du livret de famille complet ou de l'extrait de naissance
- Photocopie de la carte d'identité
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale et la carte vitale
- Photocopie de la carte mutuelle complémentaire en cours de validité
- Photocopie des justificatifs des caisses de retraite ayant servis à la dernière déclaration fiscale
- Photocopie de la feuille d'imposition ou de non imposition
- Un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne
- Engagement de payer signé : résident, famille, tuteur, obligés alimentaires...
- Noms, prénoms, adresse et téléphone de tous les obligés alimentaires

### **Si cela vous concerne :**

- Photocopie de la carte d'ancien combattant
- Photocopie de la carte d'invalidité : Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées ex COTOREP
- Photocopie de la notification de l'allocation logement
- Photocopie de la notification de l'Allocation Personnalité d'Autonomie
- Photocopie du jugement pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle...)
- Photocopie du contrat obsèques

### **Pour l'aide sociale :**

- Demande écrite d'aide sociale par de la famille
- Photocopie des comptes et placements bancaire des trois derniers mois
- Photocopie des assurances vie
- Photocopie des contrats de rentes viagères
- Notification ou récépissé de dépôt en mairie de l'aide sociale et engagement de reversement des pensions

### **Documents à retourner complétés :**

- Dossier administratif de demande d'admission
- Dossier médical de demande d'admission
- Grille d'évaluation AGGIR
- Engagement de payer de l'intéressé(e) ou du demandeur (si autre que la personne concernée)
- Engagement de payer de chaque obligé alimentaire (un engagement de payer par obligé alimentaire)

Fait à :

Date :

Signature de l'intéressé(e) ou du demandeur (si autre que la personne concernée.



**HOPITAL  
GORDES**  
Route de Murs  
84220 GORDES

TEL :04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

N° DOSSIER : 2010-01

Cadre réservé à l'avis du  
Médecin Coordonnateur

Avis :  
Date :  
Nom et prénom :  
Signature :

**DEMANDE D'ADMISSION EN EHPAD  
RECUEIL D'INFORMATIONS MEDICALES**

**Dossier à envoyer sous pli confidentiel**

Le certificat médical est à remplir très soigneusement par le médecin.  
Toute mention incomplète ou erronée pouvant masquer une infirmité pourrait entraîner secondairement le réexamen de la demande d'admission.  
Un questionnaire médical rempli avec soin, servira, non seulement au moment de l'admission, afin que l'on puisse donner une suite favorable à la demande, mais encore et surtout, à l'amélioration de la prise en charge médicale du résident.

**ETAT CIVIL**

NOM : ..... PRENOM (S) : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

Téléphone :

Portable :

Courriel :

Dernier lieu de vie : Domicile   
Hôpital   
Foyer logement   
Autres

La personne est-elle informée de son admission en E.H.P.A.D : Oui  Non   
Consentement de la personne : Oui  Non



**INFORMATIONS MEDICALES**

**Motif d'admission :** .....

.....

**Antécédents :** Médicaux : .....

Chirurgicaux : .....

Psychiatriques : .....

Allergie (s) : ..... Oui  Non

( si oui, à ? ) : .....

**Pathologie ( s ) en cours :** .....

.....

.....

.....

**Traitement actuel :** .....

.....

.....

.....

.....



**HOPITAL  
GORDES**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL :04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

**Troubles de la marche :**

Chutes récidivantes : Oui  Non   
Risque de chute : Oui  Non

**PLAIES ET INFECTIONS**

**Problèmes cutanés** : Oui  Non

Si oui, lesquels .....

.....

**Escarres** : : Oui  Non

Si oui, localisation : .....

.....

**EVALUATION GLOBALE**

**Neuro – Psychiatrique :**

Troubles cognitifs Oui  Non   
Troubles du comportement Oui  Non   
Fugue Oui  Non   
Cris Oui  Non   
Agressivité Oui  Non   
Déambulation Oui  Non

**Evaluation des afférentations :**

Déficit visuel Oui  Non

Déficits auditifs Oui  Non

**Troubles respiratoires :**

Insuffisance respiratoire grave : Oui  Non

Nécessitant de l'oxygène : Oui  Non

**Vaccins** : .....date.....

.....date.....



**HOPITAL  
GORDES**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL :04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

**Autonomie :**

Est capable de se lever	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Est capable de s'asseoir	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Est capable de se coucher	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
A besoin d'une aide en permanence	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Est en fauteuil roulant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Est capable de faire sa toilette	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Est capable de s'habiller/se déshabiller	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>

**Alimentation :**

Se sert seul	Oui	Non	Avec aide
Mange seul	Oui	Non	Avec aide
Troubles de la déglutition	Oui	Non	
Complément nutritionnel	Oui	Non	
GPE	Oui	Non	
Régime alimentaire	Oui	Non	
Type de régime.....			
.....			

**Elimination :**

Incontinence urinaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Stomie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Incontinence fécale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date du dernier changement : .....		

**Poids :**.....

**Taille :**.....



**HOPITAL  
GORDES**  
Route de Murs  
84220 GORDES

TEL :04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

**Addiction :**

Alcool

Tabac

Autres:

Je soussigné, Docteur

Nom, Prénom :

Téléphone :

- Médecin traitant
- Médecin de l'établissement
- Médecin hospitalier

Signature et cachet

Fait à : ..... Le : .....





## GRILLE D'ÉVALUATION AGGIR

(à remplir par le médecin traitant)

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités qu'elle peut ou non effectuer. Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. **Les aides matérielles et techniques sont considérés comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives...).**

NOM : ..... Prénom : .....

### Grille à remplir en utilisant :

- A** = fait seul : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement,
- B** = fait seul mais non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement,
- C** = ne fait jamais seul = il faut faire à la place ou « faire faire »

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. **Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives...).**

GRILLE NATIONALE AGGIR –VARIABLE DISCRIMINANTES	A-B-C	OBSERVATIONS
<b>COHERENCE</b> : communication		
comportement		
<b>ORIENTATION</b> : se repérer dans le temps et dans l'espace		
<b>TOILETTE</b> haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage		
bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes		
<b>HABILLAGE</b> haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête		
moyen : fermetures de vêtements, boutonnage, fermetures éclairs, ceintures, bretelles, pressions, soutien gorge		
bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures		
<b>ALIMENTATION</b> : se servir (couper la viande, remplir son verre...)		
manger : porter les aliments et les boissons à sa bouche et avaler		
<b>ELIMINATION</b> : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
assurer l'hygiène de l'élimination anale		
<b>TRANSFERTS</b> : se lever, se coucher, s'asseoir		
<b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</b> : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</b> : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, télé alarme...		

**Votre patient(e) bénéficie-t-il (elle) d'une APA à domicile ?**  OUI  NON  
si OUI, précisez le GIR : **Conclusion :**

A le

Je soussigné, Docteur  
Nom, Prénom :

cachet et signature du médecin traitant



**HOPITAL LOCAL**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL 04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

## ENGAGEMENT DE PAYER

Je soussigné (e), Nom : ..... Prénoms : .....

Lien de parenté : .....

De l'hébergé (e), Nom : ..... Prénoms : .....

M'engage à régler les frais de séjour de : .....

Monsieur le Comptable du trésor Public de GORDES

A compter du : Si place vacante

Selon les tarifs fixés par l'arrêté de M. le Président du Conseil Général de VAUCLUSE  
à la somme de **47.02 €** en hébergement - **G1/2 22.85 € - G3/4 14.51 € - G5/6  
6.17 €** pour l'année en cours.

Chaque année ce tarif est susceptible d'évoluer. Il sera communiqué par voie  
d'affichage.

Dans le cas où des modifications de situation ne me permettraient plus de respecter  
cet engagement, j'en tiendrais l'Hôpital local de Gordes informé, dans les plus brefs  
délais.

Fait à :

Date :

Signature de l'intéressé(e) ou du demandeur (si  
autre que la personne concernée.

'' Lu et Approuvé, bon pour accord ''

Signature.



**HOPITAL LOCAL**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL 04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

## **OBLIGATION ALIMENTAIRE** **(article 250 et suivants du Code Civil)**

*Les enfants doivent aliments à leurs Père et Mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin.  
Les gendres et belles-filles doivent également et dans les même circonstances, des aliments à leurs  
beau-Père et Belle-Mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et  
les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés.*

Je soussigné(e) m'engage à régler à **Monsieur le Comptable du trésor Public de GORDES**, le montant des frais de séjour engagés par :

Madame, Monsieur,.....

Conformément à l'article 208 du Code Civil (*les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame, et de la fortune de celui qui les doit..*) et à supporter les augmentations qui pourraient intervenir par la modification du prix de journée ou un changement de catégorie.

Identité et adresse de l'obligé(e) alimentaire

Identité du conjoint

Fait à :

Fait à :

Date :

Date :

Signature de l'intéressé(e)

Signature de l'intéressé(e)

Précédée de la mention écrite :

Précédée de mention écrite :

LU et APPROUVE

LU et APPROUVE

**CHAQUE OBLIGE ALIMENTAIRE DEVRA ETABLIR UNE ATTESTATION SIMILAIRE**

Article L 714-38, R 716-9-1 du Code de la Santé Publique  
Article 1326 Code Civil



**HOPITAL LOCAL**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL 04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

## **RESIDENT DEMANDANT LE BENEFICE DE L'AIDE SOCIALE**

Un dossier doit être établi à la **Mairie du domicile de la personne admise** avant son entrée, un récépissé du dépôt devant être fourni lors de l'admission.

Si le dossier de demande d'aide sociale n'a pas été constitué avant l'admission, il doit être déposé dès l'entrée du résident.

L'engagement de payer les frais signé par l'intéressé, le demandeur( si autre que la personne concernée) ainsi que les attestations des obligés alimentaires doivent être fournis dès l'entrée, ceci pour le cas où un refus de prise en charge serait notifié par le Conseil Général

Indiquer les noms, prénoms et adresse complètes de tous les enfants ou petits enfants tenus à l'obligation alimentaire.

NOM	PRENOM	Coordonnées	Téléphone	E-mail

A défaut d'engagement de tous les obligés, l'établissement en vertu des dispositions de l'article L 714-38 du Code de la Santé et de l'Aide Sociale, exercera un recours devant le Juge des Affaires Familiales, sur le fondement des articles 205 et suivants du Code Civil.

Le résident devra signer lui-même l'engagement s'il n'y a pas d'obligé alimentaire.



**HOPITAL LOCAL**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL 04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

## TARIFS 2011

### Au 1<sup>er</sup> mars 2011 pour les résidents de VAUCLUSE

GIR	HEBERGEMENT	TICKET MODERATEUR DEPENDANCE	SOLDE
D 1/2	47.02 €	6.17 €	53.19 €
D 3/4	47.02 €	6.17 €	53.19 €
D 5/6	47.02 €	6.17 €	53.19 €

### Au 1<sup>er</sup> mars 2011 pour les résidents HORS VAUCLUSE

GIR	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	TOTAL	APA	SOLDE
D 1/2	47.02 €	22.85 €	69.87 €	16.68 €	53.19 €
D 3/4	47.02 €	14.51 €	61.53 €	8.34 €	53.19 €
D 5/6	47.02 €	6.17 €	53.19 €		53.19 €

**Tarif résidents** moins de 60 ans **64.30 €**

#### Tarif services annexes

Télévision **5 €** par semaine ( indivisible ) EHPAD + Médecine Convalescence

Téléphone **0,20 €** la taxation unitaire

Repas accompagnant **10 €**

Lavage du linge **5 €** par semaine ( exclusivement pour la médecine convalescence )

#### Tarif réservation

En cas **d'hospitalisation** le forfait **hébergement** est de **29.02 €**

En cas de **permission** le forfait **hébergement** est de **29.02 €**



**HOPITAL LOCAL**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL 04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

## **TARIF PRESTATIONS ANNEXES 2011**

<b>PRESTATION</b>	<b>MONTANT</b>
REPAS ACCOMPAGNANT	<b>10.00 €</b>
LOCATION TELEVISION	<b>5.00 € PAR mois</b>
TELEPHONE	<b>0.20 € L'UNITE</b>
PHOTOCOPIE DOSSIER PATIENT	<b>0.20 €</b>



HOPITAL LOCAL

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL 04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

## TROUSSEAU A FOURNIR

( linge marqué avec noms tissés )

TROUSSEAU FEMME	QUANTITE CONSEILLEE
Paires de collants ou chaussettes	6
Paires de chaussons	2
Paire chaussures d'été et paire de chaussure d'hiver	1
Culottes	12
Tricots de corps	7
Combinaisons (en fonction des habitudes)	
Chemises de nuits d'été et d'hivers	4
Robe de chambre	1
Peignoir de bain	1
Chemisiers (en fonction des habitudes)	
Gilets d'été et gilets d'hivers	2
Robes d'été et robes d'hivers	5
Manteau	1
Mouchoirs tissus ou papier	
Nécessaires de toilette : savon, eau de Cologne, peigne, brosse, dentifrice, brosse à dent...etc.	
En cas d'hospitalisation : une petite valise, 2 gants et 2 serviettes de toilette, 1 trousse de toilette	

NB : il est nécessaire de vérifier mensuellement le trousseau et de renouveler les produits de toilette.

**IMPORTANT !**

**EVITER** les vêtements en laine –rhovyl –chlorofibre ( DAMART ). La lingerie n'assure pas le lavage à la main, ni le nettoyage à sec.

L'établissement ne sera en aucun cas responsable des vêtements détériorés par les machines ou descendus par erreur à la lingerie.

Nous vous demandons de bien vouloir assurer l'entretien des vêtements délicats

**POUR LA LITERIE** : toute personne désirant rajouter sur la literie **COUETTE** ou **COUVERTURE** doit se conformer aux règles du **NON FEU classe M1** ( textile spécial pour l'incendie ). L'établissement exigera le certificat de garantie.

**LE LINGE NON MARQUE NE SERA PAS ENTRETEENU PAR L'ETABLISSEMENT.**



**HOPITAL LOCAL**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL 04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

<b>TROUSSEAU HOMME</b>	<b>QUANTITE CONSEILLEE</b>
Paires de chaussettes	6
Paires de chaussons	2
Paire chaussures d'été et paire de chaussure d'hiver	1
Slips	12
Tricots de corps	7
Gilets d'été et d'hivers	2
Pyjamas d'été et d'hivers	4
Robe de chambre	1
Peignoir de bain	1
Chemises et pulls d'hivers	4
Chemisettes ou polos d'été	4
Pantalons d'été et d'hivers	5
Manteau ou anorak	1
Mouchoirs tissus ou papier	
Nécessaires de toilette : savon, eau de Cologne, peigne, brosse, dentifrice, brosse à dent...etc. Rasoir électrique ou jetable, mousse à raser...etc.	
En cas d'hospitalisation : une petite valise, 2 gants et 2 serviettes de toilette, 1 trousse de toilette	

NB : il est nécessaire de vérifier mensuellement le trousseau et de renouveler les produits de toilette.

***IMPORTANT !***

**EVITER** les vêtements en laine –rhovyl –chlorofibre ( DAMART ). La lingerie n'assure pas le lavage à la main, ni le nettoyage à sec.

L'établissement ne sera en aucun cas responsable des vêtements détériorés par les machines ou descendus par erreur à la lingerie.

Nous vous demandons de bien vouloir assurer l'entretien des vêtements délicats

**POUR LA LITERIE** : toute personne désirant rajouter sur la literie **COUETTE** ou **COUVERTURE** doit se conformer aux règles du **NON FEU classe M1** ( textile spécial pour l'incendie ). L'établissement exigera le certificat de garantie.

**LE LINGE NON MARQUE NE SERA PAS ENTRETENU PAR L'ETABLISSEMENT.**





**HOPITAL LOCAL**

Route de Murs  
84220 GORDES

TEL 04.90.72.72.00 FAX :04.90.72.05.79

COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT :

**HOPITAL LOCAL**

**ROUTE DE MURS**

**84220 GORDES**

Téléphone : 04.90.72.72.00

Fax : 04.90.72.05.79

**PLAN D'ACCES**



*Bon séjour . . .*

Version n° 1

Mise à jour le 04/05/2010

17/17