

DEMANDE D'ADMISSION

E.H.P.A.D. / USLD

Je soussigné (e) :

Nom de jeune fille :

Date et Lieu de Naissance :

Adresse :

demande mon admission ou demande l'admission pour

Nom et Prénoms :

Nom de Jeune Fille :

Date et Lieu de Naissance :

Adresse :

Lien de Parenté :

- à la maison de retraite Les Marronniers (EHPAD)
- à la maison de retraite Le Domaine d'Eole (unité sécurisée) (EHPAD)
- à l'unité de soins de longue durée les Blés d'or (USLD)

et m'engage à payer les frais de séjour correspondant au tarif actuellement en vigueur.

Date et Signature :

**Direction des Usagers
et de la Gérontologie**

32 rue de la Grève – 28800 Bonneval
Tél. 02 37 44 72 76 – fax. 02 37 44 76 83

Siège social
32 rue de la Grève
28800 Bonneval

tél. 02 37 44 76 00
fax 02 37 44 76 82
www.ch-henriey.fr

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

1°) Votre situation de famille :

- célibataire marié veuf divorcé vie maritale
 pacs

Si vous êtes séparé, divorcé ou si votre conjoint est décédé, merci de préciser la date :

2°) Votre conjoint :

Nom-prénom- date de naissance :

votre conjoint est-il retraité
ou en activité

3°) Votre situation actuelle :

- à votre domicile
 en famille
 dans un établissement (nom et adresse de l'établissement) :

4°) Protection juridique

en cours : (*précisez*) :

non : coordonnées de la personne qui effectuera les paiements :

- oui : sauvegarde de justice*
 curatelle*
 tutelle*

* *joindre la copie du jugement*

Coordonnées postales et téléphoniques du mandataire judiciaire :

5°) Votre famille et proches

	NOM - PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	NUMERO DE TELEPHONE
Référent famille (*)				
Autres membres				

(*) référent famille : personne interlocutrice entre l'établissement et la famille

6°) Informations complémentaires :

Médecin traitant :

Dentiste :

Ophtalmologiste :

Gynécologue :

En cas d'hospitalisation, vers quel centre hospitalier souhaiteriez-vous être dirigé?
(en cas d'urgence, la personne sera dirigée vers l'établissement le plus proche).

Ambulance :

Coiffeur / manucure/esthétique :

Religion :

Visite du ministre des cultes souhaitée :

OUI (*) NON (*)

Contrat obsèques ?

Si oui adresse et coordonnées téléphoniques de la société ; numéro du contrat :

7°) Avez-vous des habitudes, des souhaits particuliers?

PROTECTION SOCIALE

1°) Caisse d'assurance maladie *

Numéro de sécurité sociale :

Nom et adresse de l'organisme :

** Joindre une copie de l'attestation d'assurance maladie*

2°) Mutuelle *

Nom et adresse de l'organisme :

** Joindre une copie de la carte adhérent*

RESPONSABILITE CIVILE

– Nom et adresse de l'assureur *:

** Joindre une copie de l'attestation d'assurance*

AIDES FINANCIERES POSSIBLES

L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), est une aide financière allouée par le Conseil Général dont la demande sera faite automatiquement par nos services administratifs si vous pouvez y prétendre. Elle dépend du degré de dépendance de chacun (GIR).

L'Aide au Logement pourra être demandée auprès de la CAF ou de la MSA dont vous dépendez, elle est soumise à condition de ressources.

L'Aide sociale est versée par le Conseil Général mais le dossier est à déposer à la mairie du lieu d'habitation, en cas de difficulté pour financer cet hébergement, renseignez vous auprès de l'un de ces deux services : Service de l'aide sociale du Conseil Général d'Eure et Loir **ou** service social de la mairie du lieu de domicile (CCAS).

J'ai déposé *.....	}	une demande d'aide sociale auprès des services intéressés (un récépissé vous sera fourni par la mairie du lieu de domicile)
.....	}	
Je n'ai pas déposé *	}	

*En cas de dépôt, je joins le récépissé du dépôt de la demande

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e) :

- nom : _____
 - prénom..... : _____
 - adresse..... : _____

m'engage à verser pour mon séjour la somme correspondant aux prix de journée "hébergement" et "dépendance" arrêtés au **1er mai 2011** soit :

• **EHPAD « Les Marronniers »**

Hébergement (merci de cocher la case correspondant à votre choix, en fonction des disponibilités)

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | pour un lit en chambre double | 34,51 euros |
| <input type="checkbox"/> | pour une chambre individuelle, bâtiment ancien | 41,41 euros |
| <input type="checkbox"/> | pour une chambre individuelle, bâtiment neuf | 46,93 euros |

Dépendance :

- | | | |
|-------------|--|--------------------|
| – GIR 1-2 : | | 18,05 euros |
| – GIR 3-4 : | | 11,45 euros |
| – GIR 5-6 : | | 4,86 euros |

–pour les personnes de moins de 60 ans résidant en Eure et Loir **55,61 euros**

• **EHPAD « Le Domaine d'Eole »**

Hébergement : **59,66 euros**

Dépendance :

- | | | |
|-------------|--|--------------------|
| – GIR 1-2 : | | 17,52 euros |
| – GIR 3-4 : | | 11,12 euros |
| – GIR 5-6 : | | 4,72 euros |

–pour les personnes de moins de 60 ans résidant en Eure et Loir **73,09 euros**

• **USLD « Les Blés d'Or »**

Hébergement : **52,05 euros**

Dépendance :	GIR 1-2	20,39 euros
	GIR 3-4	12,94 euros
	GIR 5-6	5,69 euros

Résidents de moins de 60 ans **71,70 euros**

Je m'engage, en outre, à payer tout supplément pour le prix de journée "hébergement" et "dépendance" qui pourrait être demandé, dans l'avenir, en application de la décision du Président du Conseil général d'Eure et Loir, après délibération du Conseil d'Administration.

Lu et approuvé le
Signature

(*) rayer les mentions inutiles

**ACCORD PREALABLE DE TRANSFERT
DANS UN ETABLISSEMENT SPECIALISE**

(établissement public de santé, établissement public de santé mentale, clinique)

Je soussigné (e),

résident, conjoint, enfant, père, mère ou mandataire judiciaire, accepte que

.....,

résident de l'EHPAD « Les Marronniers », ou de l'EHPAD « Le Domaine d'Eole » ou de l'USLD « Les Blés d'or » , (unités pour personnes âgées du Centre Hospitalier Henri Ey de Bonneval), soit transféré(e) dans un autre établissement de santé, estimé, par le médecin, plus adapté à sa prise en charge.

Fait à Bonneval, le.....

Signature

TROUSSEAU DU RESIDENT

Chaque pièce du trousseau devra comporter
« Ehpad Les Marronniers - NOM du Résident »
ou « Ehpad Le Domaine d'Eole - NOM du résident »
ou « USLD Les Blés d'Or - NOM du résident – « Bleuets » ou « Coquelicots »
 en fonction de l'orientation donnée

sur une étiquette tissée et cousue

Articles	Nb indicatif	Recommandations	Articles à entretenir par la famille *
	Été / hiver		
Robe, jupe, pantalon	4	Polyester/coton ou acrylique	Pure laine, 100% coton
Chemisier/chemise	4	Polyester/coton ou acrylique	Viscose, fantaisies
Pull, gilet	4	Acrylique	Pure laine, renforts cuir ou imitation fantaisies
Combinaison	7	Polyamide, polyester/coton	Couleurs, fantaisies, thermolactyls ou dérivés
Chemise de corps à bretelles	7	Coton blanc, polyamide, polyester/coton	Thermolactyls ou dérivés
Culotte/slips	7	Coton blanc	Couleurs foncées (bleu marine, rouge) fantaisies, thermolactyls
Manteau/blouson	2	Polyester/coton ou acrylique, ceinture éventuelle cousue	Wollmark, doublure laine, renforts cuir ou imitation
Soutien-gorge	7	Polyamide ou polyester/coton	Fantaisies
Chaussettes, bas	7 paires	Acrylique ou coton	Pure laine
Chemise de nuit/pyjama	7	Polyester/coton avec pressions	Mailles, 100% coton, nylon, thermolactyls ou dérivés, les boutons
Robe de chambre/peignoir de bains	2	Polyester/coton ou acrylique, ceinture éventuelle cousue	Laine, courtelle ceinture non solidaire du vêtement
Bob, bonnet, foulard, étole, gants, écharpe	2	Coton, polyester/coton ou acrylique	Pure laine, cuir ou imitation

* L'établissement ne dispose pas du matériel adapté pour l'entretien de ces vêtements.

Pour les vêtements médicalisés, mêmes contraintes que ci-dessus

Le pourcentage de laine autorisé ne doit pas être supérieur à 30% sur un mélange.

Exemple : 70% acrylique 30% laine

Cette liste ne pouvant être exhaustive, il est vivement recommandé d'interroger le service « Blanchisserie » pour tout autre article. De manière générale, le linge fragile, les thermolactyls et leurs dérivés, la laine des Pyrénées, le cachemire, l'angora, le cuir et son imitation, les fantaisies sont à proscrire.

Le trousseau du résident sera adapté aux saisons. Il sera régulièrement évalué, en collaboration avec les personnels de l'unité, pour ajustement.

PRODUITS DE TOILETTE A L'ADMISSION

peigne	1		
Brosse à cheveux	1		
Brosse à dents	1		
dentifrice	1		
Gobelet à dents	1		
shampoing	1		
Gel douche hydratant	1		
Savon doux en flacon	1		
Eau de toilette	1		
Autre produit d'hygiène ou beauté utilisé par le résident habituellement (crèmes, maquillage...)	x		

Les produits de toilette sont personnels à chaque résident.
 Il est recommandé, dans la mesure du possible, de les étiqueter au nom du résident.
 Ils seront à renouveler autant que de besoin. **Le service ne fournira pas les produits.**

PRODUITS AUTRES

Mouchoirs en papier
Rasoir à main ou électrique
Mousse à raser
réveil
Calendrier de l'année en cours
Sac de voyage en cas d'hospitalisation



EHPAD « Les Marronniers » - « Le Domaine d'Eole »

USLD « les Blés d'or »

**DOSSIER MEDICAL
DE
PRE-ADMISSION**

Médecin coordonnateur :

Dr PERFETTINI

*Médecins libéraux pour l'EHPAD « Les Marronniers »
Médecin responsable de l'EHPAD « Le Domaine d'Eole » :
Médecin responsable de l'USLD « Les Blés d'Or » :*

*Dr PERFETTINI
Dr REMY*

Téléphone : 02-37-44-76-00

**Direction des Usagers
et de la Gériatrie**

32 rue de la Grève – 28800 Bonneval
Tél. 02 37 44 72 76 – fax. 02 37 44 76 83

Siège social

32 rue de la Grève
28800 Bonneval

tél. 02 37 44 76 00
fax 02 37 44 76 83
www.ch-henriey.fr

A REMPLIR PAR UN MEDECIN ET A ADRESSER SOUS PLI FERME A LA DIRECTION DES USAGERS

NOM : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Si hospitalisé, lieu d'hospitalisation ou d'hébergement : _____

Taille : _____

Poids : _____

Tension artérielle : _____

	OUI (*)	NON (*)	<u>Commentaire :</u>
Porteur de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porteur d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porteur d'une prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porteur d'un pace-maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

ALLERGIES

PATHOLOGIE(S) EN COURS DE TRAITEMENT :

HANDICAP SENSORIEL

	OUI (*)	NON (*)	Commentaire :
Est-il (elle) mal voyant œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-il (elle) mal voyant œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A t-il (elle) une baisse d'audition oreille droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A t-il (elle) une baisse d'audition oreille gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A t-il (elle) un problème de surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HANDICAP MOTEUR

	OUI (*)	NON (*)	Commentaire :
A t-il (elle) un handicap au membre supérieur gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A t-il (elle) un handicap au membre supérieur droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A t-il (elle) un handicap au membre inférieur gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A t-il (elle) un handicap au membre inférieur droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PSYCHISME

	OUI (*)	NON (*)	Commentaire :
Parle-t-il (elle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprend-il (elle) les ordres simples ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
est-il(elle) capable de converser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-il (elle) désorienté(e) :			
◆ dans le temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
◆ dans l'espace ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMPORTEMENT

	OUI (*)	NON (*)	Commentaire :
Est-il(elle) sociable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-il(elle) agit�(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-il(elle) agressif(ve) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est-il(elle) déambulant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fait-il (elle) des fugues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DEPENDANCE

	OUI (*)	NON (*)	<u>Commentaire :</u>
Marche seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplace avec aide humaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
avec canne(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
avec déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
en fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peut être mis(e) au fauteuil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doit-il (elle) rester alité(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<i>Fait seul</i>	<i>Aide partielle</i>	<i>Aide totale</i>
Se lever/se coucher			
Faire sa toilette			
Se raser			
S'habiller			
Aller aux WC			
Prendre ses repas			

Commentaire :

SURVEILLANCE

Commentaire :

Continue ?	<input type="checkbox"/>
Discontinue ?	<input type="checkbox"/>

HYGIENE

	OUI (*)	NON (*)	<u>Commentaire :</u>
Est-il(elle) continent(e)			
urinaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
fécal(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A-t-il(elle) des protections ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A-t-il(elle) une sonde à demeure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A-t-il(elle) un anus artificiel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

REGIME ALIMENTAIRE

A-t-il(elle) un régime alimentaire ?

OUI (*) NON (*) Commentaire :

Lequel : _____

Texture

NORMALE	HACHEE	MIXEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENT

A-t-il(elle) un traitement médicamenteux?

OUI (*) NON (*)

Joindre la copie de la dernière ordonnance

GROUPE ISO-RESSOURCES

GIR 1	<input type="checkbox"/>	GIR 2	<input type="checkbox"/>	GIR 3	<input type="checkbox"/>
GIR 4	<input type="checkbox"/>	GIR 5	<input type="checkbox"/>	GIR 6	<input type="checkbox"/>

MINI-MENTAL TEST (MMS)

Date du dernier test :

Résultat :

Date : _____

Cachet et signature du médecin

(*) Cochez la case utile