

 <p>Centre Hospitalier de Pfastatt</p>	<p><b>Dossier d'inscription en EHPAD</b></p> <p><b>Centre Hospitalier de PFASTATT</b></p>	<p>SSI/ Date d'application :</p> <p>Version :</p>
---	---	---

# ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES EHPAD

Home Haeffely

Home Haeffely hébergement temporaire

Service 2

Service 2 hébergement temporaire

Concerne Madame :

.....

Monsieur :

.....

*Le présent dossier devra être adressé, dûment complété, au :*

*Secrétariat de direction  
Centre Hospitalier de Pfastatt  
1 rue Henri Haeffely  
68120 PFASTATT*

Date de réception du dossier : .....

Numéro d'enregistrement au secrétariat de direction :



**La personne est-elle informée de la demande :**  Oui  Non  Ne peut comprendre

**La personne est-elle consentante :**  Oui  Non  Ne peut comprendre

*(dans le respect de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante)*

## Renseignements administratifs et financiers

---

Un certain nombre de renseignements administratifs et financiers sont demandés par les établissements.

Sont à fournir dès maintenant :

- Titres de pensions ou de rentes - nom des organismes...
- Attestation de Sécurité Sociale et mutuelle
- Engagement de paiement ou engagement de demande d'aide sociale.

Seront à fournir au moment de l'admission, selon les établissements :

Carte d'invalidité, aide personnalisée au logement, allocation personnalisée d'autonomie, affection de longue durée, jugement de tutelle ou de curatelle, etc.

## Autres informations

---

*Indiquer ci-après les éléments particuliers à prendre en compte :*

- degré d'urgence de la demande
- conditions de vie actuelle, hospitalisation, événements familiaux récents, éléments biographiques importants, profession, langue parlée, religion...

## Identification de la personne qui remplit la partie administrative et sociale (p 1-2) de la demande

---

Coordonnées :

Téléphone :

Date de la demande :

Date souhaitée d'admission :

Signature



## Evaluation fonctionnelle

**A remplir par le médecin et/ou par l'infirmière et/ou l'équipe médico sociale** avec l'aide de l'entourage si possible. L'évaluation fonctionnelle est une partie essentielle de la demande d'inscription. La précision des informations permet l'adéquation de l'orientation de la personne vers une structure adaptée.

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** | | | / | | | / | | | | |

GRILLE A.G.G.I.R. Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource	Fait seul Totalelement Habituellement Correctement	Fait partiellement ou non habituellement ou non correctement	Ne fait pas
<b>Cohérence</b> (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Orientation</b> (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toilette du haut</b> (visage, mains, rasage, coiffure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toilette du bas</b> (toilette intime, membres inférieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habillage du haut</b> (vêtements enfilés par la tête et les bras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habillage moyen</b> (boutonnage, ceinture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habillage du bas</b> (pantalons, bas, chaussage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alimentation : se servir</b> (couper la viande, peler un fruit, remplir son verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alimentation : manger</b> (porter les aliments à la bouche et avaler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Elimination urinaire</b> (en assurer l'hygiène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Elimination fécale</b> (en assurer l'hygiène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Transferts</b> (se lever, se coucher, s'asseoir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Déplacement à l'intérieur</b> (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Déplacement à l'extérieur</b> (à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Communication à distance</b> (utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Evaluation fonctionnelle : autres éléments

**Poids** (indispensable) :

**Troubles visuels :**  Non

**Troubles auditifs :**  Non

**Communication verbale :**  Aisée

**Taille :**

Peu invalidants

Peu invalidants

Difficile

Très invalidants

Très invalidants

Impossible

**Comportement et état psychique :**

	Oui	Non
Troubles du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la compréhension :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulation, errance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation, agressivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :		

**Etat cutané :**

- Normal
- Ulcération     Localisation :
- Escarre         Localisation :

**Régime alimentaire :**

**Aides techniques** (cadre de marche, fauteuil roulant, soulève-malade, matelas anti-escarres, etc) :

**Soins techniques infirmiers** (sonde, pansements, stomies, injections, chambre d'injection, etc) :

**Soins de rééducation :**

**Commentaires sur l'évaluation fonctionnelle** \_\_\_\_\_

**Identification de la personne qui remplit la partie évaluation fonctionnelle de la demande** \_\_\_\_\_

Coordonnées :

Téléphone:

Date :

Signature :

## Informations médicales \_\_\_\_\_

A remplir par le médecin traitant ou le médecin hospitalier.

A établir pour chaque établissement où il y a une inscription **et à mettre sous enveloppe.**

Nom :

Prénom :

**Antécédents essentiels (et dates) :**

**Diagnostics actuels les plus significatifs (et dates), données cliniques :**

**Contexte évolutif :**

Quels sont les pronostics envisagés sur le plan fonctionnel et l'évolution pathologique prévisible ?

**Traitement médicamenteux :**

(Indiquer s'il y a des allergies et des régimes alimentaires)

**Surveillance :**

Quels sont les éléments de surveillance et de suivi médical que vous recommandez ?

## Identification du médecin \_\_\_\_\_

Coordonnées :

Téléphone :

Date :

Signature et cachet :