

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 13 avril 2012 fixant le modèle de dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévu par l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles**

NOR : ETSS1209475A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,  
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et D. 312-155-1 ;  
Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 23 février 2012 ;  
Vu l'avis du Comité national des retraités et des personnes âgées en date du 14 mars 2012 ;  
Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes en date du 1<sup>er</sup> mars 2012,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le dossier de demande d'admission mentionné à l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles est conforme au dossier fixé en annexe du présent arrêté.

**Art. 2.** – La directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 13 avril 2012.

*Le ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,*  
XAVIER BERTRAND

*La ministre des solidarités  
et de la cohésion sociale,*  
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

**ANNEXE**



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère du travail, de l'emploi et de la santé**  
**Ministère des solidarités et de la cohésion sociale**

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION**  
**EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT**  
**POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

**RESERVE A L'ETABLISSEMENT**

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

**La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.**

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- ° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- ° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.**

**CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :**

- ° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

**NB :** POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

**DOSSIER ADMINISTRATIF****ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**Civilité : Monsieur  Madame Nom de naissance  
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

**SITUATION FAMILIALE**Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e) 

Nombre d'enfant(s)

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**OUI  NON  En cours Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future **CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION** (événement familial récent, décès du conjoint ...):**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL**Civilité : Monsieur  Madame Nom de naissance  
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

**A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT** (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

### PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI  NON

#### SI OUI :

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

#### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

### DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent  Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI  NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire \_\_\_\_\_

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/Proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD / SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

### COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI  NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter<sup>(1)</sup>

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

#### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

<sup>1</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

**COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)**Autre personne à contacter<sup>(2)</sup>

Nom de naissance

*(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)*

Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**ASPECTS FINANCIERS**Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers Aide sociale à l'hébergement OUI  NON  Demande en cours envisagée Allocation logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours envisagée Allocation personnalisée à l'autonomie\* OUI  NON  Demande en cours envisagée Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI  NON **COMMENTAIRES**DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT  DANS LES 6 MOIS  ECHEANCE PLUS LOINTAINE 

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de la personne concernée

ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

*\* Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.*

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**Civilité : Monsieur  Madame Nom de naissance  Prénom(s)   
*(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)*Date de naissance **MOTIF DE LA DEMANDE**Changement d'établissement  Fin/Retour d'hospitalisation  Maintien à domicile difficile Autres *(préciser)* **NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :****ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux****PATHOLOGIES ACTUELLES**

--	--

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**SOINS PALLIATIFS  OUI  NON ALLERGIES  OUI  NON Si oui, préciser **CONDUITES A RISQUE**  OUI  NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**NE SAIT PAS  OUI  NON Si oui, préciser (localisation, etc.)   
Préciser la date du dernier prélèvement Taille  Poids **FONCTIONS SENSORIELLES**Cécité  OUI  NON   
Surdité  OUI  NON **RISQUE DE FAUSSE ROUTE** OUI  NON**REEDUCATION**Kinésithérapie  OUI  NON   
Orthophonie  OUI  NON Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
<b>Transfert</b>				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité ( <i>cris...</i> )		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i> )		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres ( <i>préciser</i> )		

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)**

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (*si différent du médecin traitant*)**

Nom  Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du  
médecin