

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN
ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR
PERSONNES ÂGÉES DEPENDANTES (EHPAD) ET
UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD)**

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

BP 6006 RUE DES FLAMBOYANTS

97306 CAYENNE CEDEX

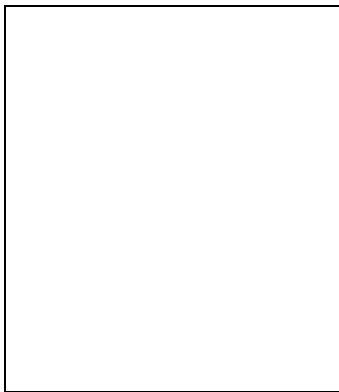
Tél : 0594 28 72 70

Fax : 0594- 28-72-72

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

PHOTO D'IDENTITE

(àagrafer)



Dossier réputé complet le :



Centre hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon

6 Avenue des Flamboyants

97 306 Cayenne - tel. 0594 39 50 50



EHPAD-USLD Edmard LAMA

Tél. Secrétariat : 0594 28 72 70

Fax : 0594 28 72 72

INFORMATIONS

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez être admis(e) à l'E.H.P.A.D. (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ou en USLD (Unité de Soins de Longue Durée) Edmard Lama.

A cet effet, vous devez remplir avec le plus grand soin les 2 parties du dossier d'admission :

- ✚ **Le volet administratif** renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social, etc.).
- ✚ **Le volet médical**, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, à adresser sous pli confidentiel. Il permet notamment au médecin coordonnateur exerçant dans l'établissement d'hébergement d'émettre un avis circonstancié sur la capacité de l'EHPAD ou de l'USLD à prendre en charge la personne au vu du niveau de médicalisation de l'établissement.

Le dépôt du dossier ne vaut pas admission. Il permet, après analyse et vérification de la complétude des pièces, le passage en commission d'admission et l'inscription sur une liste d'attente en cas de recevabilité de la demande.

Le dossier doit être accompagné **des pièces justificatives** (voir page 4) et **seul un dossier réputé complet sera soumis à la Commission d'Admission.**

Toutefois, si vous rencontrez des difficultés pour constituer ce dossier, vous pouvez contacter l'Assistante Sociale de l'EHPAD du Centre hospitalier de Cayenne :

- Téléphoner ou laisser un message au 05.94 39-75-09

Veuillez agréer Madame, Monsieur, mes salutations respectueuses.

La Directrice de l'EHPAD USLD
Edmard LAMA



CHECK-LISTE - CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE D'AMMISSION

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR LORS DU DEPOT DE DOSSIER

1. PIÈCES ADMINISTRATIVES ET SOCIALES	Pièces fournies	Pièces manquantes
- Dossier de demande d'admission du postulant en EHPAD ou USLD		
- Photocopie de la pièce d'identité (en cours de validité)		
- Acte de naissance en copie intégrale ou Extrait		
- Copie du livret de famille		
- Noms et adresses de tous les enfants (obligés alimentaires) plus les coordonnées téléphoniques		
- Relevé de compte des 3 derniers mois		
- 2 Photos d'identité		
- Relevé d'identité Bancaire		
- Photocopie de l'attestation de droits sécurité sociale et de la complémentaire santé		
- Justificatif de domicile (facture, eau, EDF....)		
- Notification de jugement de tutelle ou curatelle (copie de la décision du Juge)		
- Photocopies des justificatifs de ressources (retraite, pension de réversion ou autres) de l'année en cours et de l'année N-1		
- Accusé de réception de prise en charge de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)		
- Accusé de réception de prise en charge d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)		
- Carte de Séjour (selon la situation)		
- Avis d'imposition N, N-1,		
- Taxe d'Habitation		
- Impôts fonciers (bâti et non bâti)		
- Evaluation Sociale de l'EHPAD ou du Travailleur Social le cas échéant.		
2. PIÈCES MEDICALES	Pièces fournies	Pièces manquantes
- Certificat médical prescrivant l'admission en EHPAD ou en USLD		
- Dossier Médical à mettre sous pli confidentiel (à adresser au médecin de l'EHPAD-USLD)		
3. À remettre à l'admission		
- la carte vitale		
- Copie du contrat d'obsèques		
- Justificatif d'assurance responsabilité civile		

NB : Pour tout renseignement complémentaire relatif à l'attribution des aides (APA et ASH) **il convient de contacter la Collectivité Territoriale de Guyane (☎ 0594 -29 -57- 44).**



DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (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 à la sécurité sociale :

Adresse :

.....

Code postal : Commune/Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Situation familiale : Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Veuf (ve)
Marié(e) Divorcé(e) Séparé(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 (évènement familial récent, décès du conjoint...) :



ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance : Pays ou département :

Adresse :
.....

Code postal : Commune/Ville :

Adresse email :

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : Oui Non

Si oui :

Nom de famille (de naissance) :
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) :

Adresse :
.....

Code postal : Commune/Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse email :

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :



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 Hôpital Chez enfant/proche Logement foyer EHPAD

SSIAD/SAD Accueil de jour Autre (*précisez*).....

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 et que le
consentement éclairé n'a pu être recueilli cochez la case

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 ⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance) :
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) :

Adresse :

.....

Code postal : Commune/Ville :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse email :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :



Centre hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon

6 Avenue des Flamboyants
97 306 Cayenne - tel. 0594 39 50 50



EHPAD-USLD Edmard LAMA

Tél. Secrétariat : 0594 28 72 70
Fax : 0594 28 72 72

Autre personne à contacter ⁽²⁾

Nom de famille (de naissance) :
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) :

Adresse :

.....

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'entrée souhaitée : Immédiat Dans les 6 mois Echéance plus lointaine



Centre hospitalier de Cayenne André Rosemon

6 Avenue des Flamboyants
97 306 Cayenne - tel. 0594 39 50 50



EHPAD-USLD Edmard LAMA

Tél. Secrétariat : 0594 28 72 70
Fax : 0594 28 72 72

Date d'entrée souhaitée en hébergement temporaire :/...../.....

Date de la demande :/...../.....

Signature et Nom-Prénom 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.*



Centre hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon

6 Avenue des Flamboyants
97 306 Cayenne - tel. 0594 39 50 50



EHPAD-USLD Edmard LAMA

Tél. Secrétariat : 0594 28 72 70
Fax : 0594 28 72 72

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) :

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) :

Antécédents Médicaux, chirurgicaux

Pathologies actuelles

Pathologies actuelles



Antécédents Médicaux, chirurgicaux	
---	--

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)
--

Soins palliatifs Oui Non

Allergies Oui Non → Si oui, préciser

Conduite à risque	Oui	Non
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESTANCE			
	Ne sait pas	Oui	Non
Si oui, préciser (localisation, etc.)			
Préciser la date du dernier prélèvement			



Taille : Poids.....

Fonctions sensorielles	Oui	Non
Cécité		
Surdité		

R�ducation	Oui	Non
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre (préciser)		

Risque de fausse route : Oui Non

Données sur l'autonomie*		A	B	C
Transfert				
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 cutanés	Oui	Non
	Soins Ulcère	
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		



Symptômes psycho-comportementaux		
	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées)		
Troubles du sommeil		

Soins techniques		
	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde Urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
chambre implantable		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Dialyse péritonéale		

Commentaires et recommandations éventuelles (contexte, aspects, cognitifs,...)



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

Nom

Prénom(s) :

Adresse :

.....

Code postal : Commune/Ville :

Date :/...../.....

Signature et
Cachet du
Médecin

