



RÉSIDENCE DE SAINT-SYMPHORIEN

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

L'Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes de Saint-Symphorien (33113) a ouvert ses portes le 3 septembre 2007.

Le cadre est agréable, les locaux sont neufs et garantissent la sécurité, l'hygiène et le confort de ce lieu de vie.

L'EHPAD, structure à taille humaine, dispose d'une capacité d'accueil de 84 lits (dont 6 lits en hébergement temporaire), ainsi que de 2 places en accueil de jour.

Il est à préciser que la structure prend en charge la maladie d'Alzheimer ou les démences apparentées. A cette fin, deux unités protégées de 12 lits chacune y sont consacrées.

La maison de retraite est avant tout un lieu de vie et comporte à ce titre une prise en charge qui ne s'arrête pas aux soins médicaux. Différentes prestations sont proposées afin de permettre un épanouissement complet de nos futurs résidents.

Vous souhaitez vous faire inscrire sur la liste d'admission de la Maison de Retraite Médicalisée de Saint-Symphorien. Pour ce faire, vous devez nous faire parvenir ce dossier ainsi que le bilan gériatrique dûment complété, accompagnés des pièces justificatives demandées.

Si vous le souhaitez, vous pouvez bénéficier de l'aide sociale et de l'allocation logement. Les dossiers sont à retirer à la mairie et à compléter par vos soins.

Pour tout renseignement, vous pouvez nous contacter soit par **téléphone** au 05.56.65.73.00, , soit par **mail** à l'adresse suivante ehpad.stsymphorien@orange.fr.

ETAT CIVIL	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Nationalité	
Adresse actuelle	
Code postal - Ville	
Situation de famille	
Ancienne profession	
Situation du patrimoine	
Montant de la ou des pensions	
Dernier avis d'imposition	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX		TELEPHONE
Hôpital		
Ambulancier		
Médecin traitant		
Kinésithérapeute		
Pédicure		
Troubles médicaux particuliers		
Numéro de sécurité sociale		
Mutuelle		
Numéro adhérent complémentaire		

CORRESPONDANTS

Personne à contacter (désignée « personne de confiance »)		
Adresse		
Adresse de messagerie	@.....fr	
Téléphone	 fixe :	 portable :
Lien de parenté		
Personne à contacter		
Adresse		
Téléphone	 :	 :
Lien de parenté		
Personne à contacter		
Adresse		
Téléphone	 :	 :
Lien de parenté		
Personne à contacter		
Adresse		
Téléphone	 :	 :
Lien de parenté		

ACCUEIL – VOS HABITUDES DE VIE

Relation – Communication – Vie Sociale

Vos principaux loisirs (écriture, lecture, etc.) :

.....

Avez-vous un animal de compagnie :

Avez-vous un véhicule :

Portez-vous des lunettes, des lentilles :

Portez-vous un audiophone :

Voulez-vous : ☐ Télévision ☐ Téléphone ☐ Journal

Mobilisation

Avez-vous des difficultés pour vous déplacer : ☐ Oui ☐ Non

Aide : ☐ Bras ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil

Portez-vous des chaussures orthopédiques : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin d'aide pour sortir de votre lit : ☐ Oui ☐ Non

Potence : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous coucher : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin d'aide pour vous lever d'un fauteuil : ☐ Oui ☐ Non

Entretien corporel – personnel

Quels sont vos habitudes : ☐ Bains ☐ Douches ☐ Toilette lavabo

Avez-vous besoin d'aide à la toilette : ☐ Pour le bas ☐ Totale

Qui achète vos produits de toilette : ☐ Vous ☐ Votre famille

Habillage :

Choix de la tenue : ☐ Oui ☐ Non

Aide partielle : ☐

Aide totale : ☐

Votre linge est-il entretenu :

Par vous-même : ☐

Par votre famille : ☐

Par la Résidence : ☐ (si marqué)

Vos habitudes d'esthétisme :

Pédicure : ☐ Oui ?..... Coiffeur : ☐ Oui ?.....

Manucure : ☐ Oui ?..... Soins de peau : ☐ Oui ?.....

Avez-vous des problèmes de peau : ☐ Oui ☐ Non

☐ Irritations ☐ Ongles incarnés ☐ Allergies

Alimentation

Quels sont vos mets préférés :

Quels sont les mets que vous n'aimez pas :

Avez-vous un appétit : ☐ Gros ☐ Petit

Aimez-vous discuter à table : ☐ Oui ☐ Non

Quels sont vos horaires de repas :

Prenez-vous une collation : En après-midi : ☐ Oui ☐ Non
Le soir après dîner : ☐ Oui ☐ Non

Votre petit déjeuner :

Régime : ☐ Sans sucre ☐ Sans sel ☐ Sans sauce ☐ Sans résidus ☐ Sans alcool

Portez-vous un appareil dentaire : ☐ Oui ☐ Non Si oui : ☐ Haut ☐ Bas

Avez-vous besoin d'aide pendant vos repas : ☐ Oui ☐ Non

☐ 1^{er} service ☐ 2^{ème} service

Faites-vous des fausses routes : ☐ Oui ☐ Non

Élimination

Urines :

- ☐ Autonome
- ☐ Aide nécessaire pour l'installation
- ☐ Appel possible

Incontinence :

- ☐ Partielle ☐ Totale
- ☐ Protection jour
- ☐ Protection nuit

Change complet : ☐ Oui ☐ Non Anaform : ☐ Oui ☐ Non

Matériel nécessaire :

- ☐ Étui pénien ☐ Urinal ☐ Bassin
- ☐ Chaise garde robe ☐ Sonde urinaire ☐ Poche pour stomie

Selles :

- ☐ Tendance constipation ☐ Tendance diarrhéique ☐ Autonomie ☐ Incontinence

Stomie : ☐ Oui ☐ Non

Votre sommeil – Repos

Avez-vous l'habitude d'une sieste : ☐ Oui ☐ Non

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous coucher :

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous lever :

Prenez-vous une collation (tisane) avant de vous coucher : ☐ Oui ☐ Non

Vous levez-vous la nuit : ☐ Oui ☐ Non Vous réveillez-vous souvent : ☐ Oui ☐ Non

Voulez-vous être visitée la nuit : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà chuté la nuit : ☐ Oui ☐ Non

Votre sécurité

Votre raison d'entrée :
.....

Avez-vous des pertes d'équilibre : ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous seul, vos médicaments : ☐ Oui ☐ Non

Sur quel lit avez-vous l'habitude de dormir :

☐ Lit personnel 1 place ☐ Lit personnel 2 places ☐ Lit médicalisé

Potence : ☐ Oui ☐ Non Barrières : ☐ Oui ☐ Non

Sonnette : ☐ Au lit ☐ Et/ou médaillon

Respiration

Tabac : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous de la gêne à respirer : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une insuffisance respiratoire : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous de l'asthme : ☐ Oui ☐ Non

Vous faut-il de l'oxygène (O₂) : ☐ Oui ☐ Non

Histoire de vie (évènements marquants, mariage, vie professionnelle, enfants, occupations et loisirs, etc...)

Afin que votre patient bénéficie des soins et de l'EHPAD les plus adaptés à ses besoins, merci par avance du soin que vous apporterez à renseigner précisément ce document.

DOSSIER MEDICAL DE PRÉ-ADMISSION EN E.H.P.A.D.

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

1. ÉLÉMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Situation de famille :

Adresse :

Demandeur de la Pré-Admission (Service, Parent, etc.) :

Nom : Téléphone :

Coordonnées d'un référent de l'entourage : Lien de parenté :

Nom : Téléphone :

Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Accord du futur résident :

Est-il informé de son entrée en E.H.P.A.D. ? ☐ Oui ☐ Non

Est-il consentant ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Impossible à évaluer

Protection juridique : ☐ Non ☐ En cours

☐ Oui et coordonnée du Tuteur/Curateur/Mandataire :

Aide Sociale : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

2. ÉLÉMENTS MÉDICAUX PAR LE MÉDECIN EXCLUSIVEMENT

Motif de l'entrée en E.H.P.A.D. :

Pathologie en cours :

Antécédents personnels :

➤ Médicaux :

➤ Psychiatrique :

➤ Chirurgicaux :

Cadre réservé à l'Avis
du Médecin
Coordonateur
Avis :
Date :
Signature :

A remplir par le Médecin exclusivement

Traitement actuel détaillé :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher

Addictions :

Alcool : ☐ Oui ☐ Non

Tabac : ☐ Oui ☐ Non

Autres :

Poids :

Taille :

Nom et Fonction du Médecin :

Service demandeur :

Téléphone :-.....-.....-.....

Cachet lisible :

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

Signature

A remplir par le Médecin ou l'infirmier exclusivement

3. ÉVALUATION DES SOINS PAR MEDECIN OU INFIRMIER

3.1. Évaluation des besoins fondamentaux :

	Cocher la ou les cases correspondantes	Cotation AGGIR Ne Rien Cocher
1-Cohérence : (converser et/ou se comporter de façon sensée, adaptée)	☐ Normale ☐ Partiellement Perturbée ☐ Totalement Perturbée ☐ Démence Diagnostiquée	A B C
2-Orientation <u>Dans le Temps</u> <u>Et l'Espace :</u>	☐ Normale ☐ Orienté Avec Aide ☐ Désorientation Épisodique ☐ Désorientation Totale	A B B C
3-Humeur, <u>Comportement :</u>	☐ Normale ☐ Apathie, Dépression ☐ Agitation, Agressivité ☐ Cris ☐ Fugue ☐ <u>Commentaires :</u>	
4-Toilette, Hygiène :	☐ Seul (haut et/ou bas) ☐ Aidé (haut et/ou bas) ☐ Ne Fait Pas	A B C
5-Habillage :	☐ Seul (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) ☐ Aidé (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) ☐ Ne Fait Pas	A B C
6-Alimentation, <u>Hydratation :</u>	☐ Seul ☐ Aidé ☐ Ne Fait Pas ☐ Trouble de la Déglutition	A B C
7-Élimination :	☐ Continence Urinaire et Fécale ☐ Incontinence Occasionnelle (Jour/Nuit) ☐ Incontinence Totale	A B C

A remplir par le Médecin ou l'infirmier exclusivement

Cotation
AGGIR
Ne Rien
Cocher

↓

		Cocher la ou les cases correspondantes	
8-<u>Locomotion</u> :	☐ Adaptée ☐ Déambulation Inadaptée ☐ Chutes Fréquentes		
9-<u>Transfert</u> : (lit/fauteuil)	☐ Fait Seul ☐ Avec Aide ☐ Ne Fait Pas		A B C
10-<u>Déplacement</u> <u>A l'Intérieur</u> :	☐ Fait Seul ☐ Avec Aide d'Une Personne ☐ Avec Canne ou Déambulateur ☐ En Fauteuil Roulant ☐ Ne Fait Pas ou Grabataire		A B C
11-<u>Déplacement</u> <u>A l'Extérieur</u> : (à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport, c. à d. à pieds)	☐ Fait Seul ☐ Avec Aide ☐ Ne Fait Pas		A B C
12-<u>Communication</u> <u>A Distance</u> : (Téléphone, sonnette alarme)	☐ Fait Seul ☐ Avec Aide ☐ Ne Fait Pas		A B C

13-Douleur : Physique ☐ Oui ☐ Non
 Localisation :

Morale ☐ Oui ☐ Non
 (anxiété, pleurs, dépression...)

A remplir par le Médecin ou l'infirmier exclusivement

3.2. Évaluation des soins techniques :

Pansements : → préciser leur nombre et leur localisation

Soins d'ulcère	☐	
Soins d'escarre	☐	
Pansements divers	☐	

Sondes :

Sonde à oxygène	☐	Débit : L/min	Durée : h/24h
Sonde nasogastrique	☐		
Sonde de trachéotomie	☐		
Sonde urinaire	☐		

Stomies :

Urétérostomie	☐
Colostomie	☐
Gastrotomie	☐

Dispositifs Médicaux :

Lit bas type « Alzheimer »	☐
Matelas spécifique anti-escarre	☐
Complément nutritionnel	☐

Appareillage divers :

Pace-maker	☐
Chambre implantable	☐
Prothèse	☐
Orthèse	☐
Appareillage ventilatoire (VNI, CPAP, etc...)	☐

Soins Palliatifs :

Autres soins :

Kinésithérapie	☐	
Orthophonie	☐	
Autre :		

AUCUN SOIN TECHNIQUE : ☐

Nom et Fonction de l'évaluateur :

Service demandeur :

Téléphone :

Cachet lisible :

Date :

Signature

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA GIRONDE
Direction Générale adjointe chargée de la Solidarité
Esplanade Charles de Gaulle – 33074 BORDEAUX Cedex

**AUTORISATION DE PERCEPTION DES REVENUS PAR L'ÉTABLISSEMENT
SUR DEMANDE DE LA PERSONNE AGÉE BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE SOCIALE**

Je soussigné(e) M. ou Mme ou Melle

Né(e) le

Hébergé(e) à

Admis(e) à l'aide sociale aux personnes âgées depuis le

Demande la perception de mes revenus définis par l'article L. 132-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles et l'article 6 du décret 87-961 du 25 novembre 1987, y compris l'allocation logement à caractère social dans son intégralité

☐ par le comptable de l'établissement précité

Ou

☐ par le responsable de l'établissement précité

Fait à le

Signature du bénéficiaire

AVIS DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

.....
Date

Signature

Cachet de l'établissement

Décision du Président du Conseil Départemental ou de son Délégué

Vu le décret 87-961 du 25 novembre 1987,

Vu l'article L. 132-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Le Président du Conseil Départemental autorise le comptable ou le responsable de l'établissement à percevoir les revenus de M..... à la demande de l'intéressé(e) pour une durée de ans à compter du (Décision expresse : préciser la durée 2 à 4 ans).

Bordeaux, le

Le Président du Conseil Départemental,

**FICHE DE RENSEIGNEMENT A L'ATTENTION DU TRESOR
PUBLIC**

MAISON DE RETRAITE DE

Déclaration à remplir et à signer pour la période entre la date d'entrée dans l'établissement et la date de décision de la commission d'aide sociale.

Je soussigné(e).....

Mme, Melle, M.

Adresse

Né(e) le :/...../..... à département :

Situation : célibataire marié(e) séparé(e) veuf/veuve

Date d'entrée dans l'établissement : Service :

Prix de journée à la date d'entrée :

Tarif susceptible de variation selon le service : ☐ Oui ☐ Non

Demande d'Aide Sociale :

RESSOURCES :

Pension principale :

Nom & adresse de la caisse servante :

Numéro de pension :

Depuis le :

Pension complémentaire :

Nom & adresse de la partie versante :

décision du :

Pension complémentaire :

Nom & adresse de la caisse servante :

Numéro de pension :

Depuis le :

Pension complémentaire :

Nom & adresse de la caisse servante :

Numéro de pension :

Depuis le :

Autres : (pension alimentaires)

Nom & adresse de la partie versante :

décision du :

Revenus mobiliers : (loyers, fermages, usufruits)

Nom & adresse du locataire, usufruitier :

Bail en date du :

Adresse du bien loué :

Rente accident du travail, pension d'invalidité :

Nom & adresse de la partie versante :

Décision du :

Numéro de dossier &/ou de rente :

Aide au logement (APL ou ALS) :

Nom et adresse de la CAF versante :

Numéro d'allocataire :

APA : ☐ Oui ☐ Non

Patrimoine immobilier :

A le A..... le

Signature de l'hébergé ou de son représentant légal

Signature & cachet du bureau des entrées