



DOSSIER UNIQUE DE PRÉ-INSCRIPTION

# ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

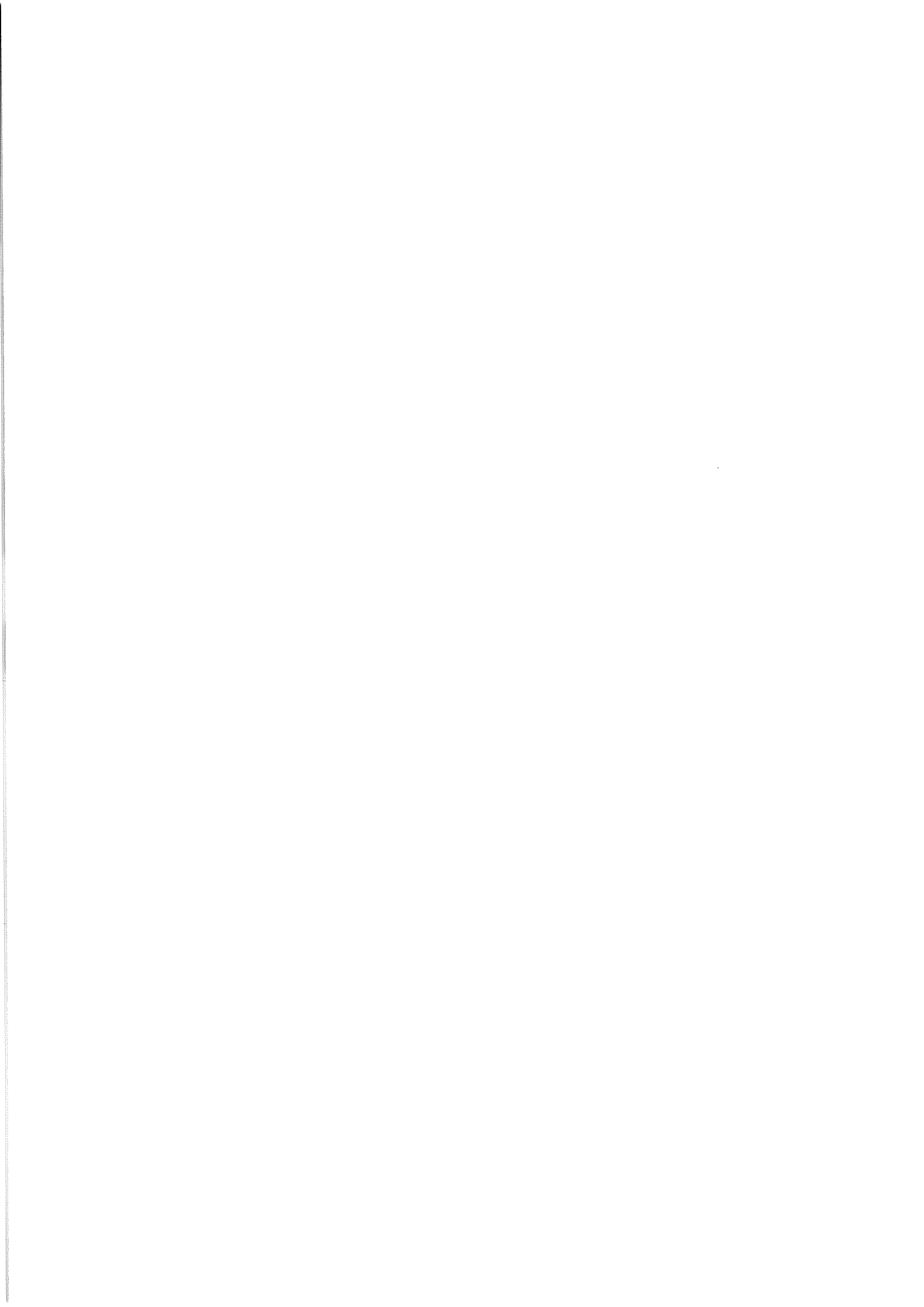
HÉBERGEMENT TEMPORAIRE OU HÉBERGEMENT PERMANENT

RÉSIDENCE AUTONOMIE (RA)

PETITES UNITÉS DE VIE (PUV OU MAPA)

ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES  
DÉPENDANTES (EHPAD)

UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD)



## **MENTIONS PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

Vous allez effectuer une demande de pré-inscription auprès d'un ou plusieurs établissements accueillants des personnes âgées. Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à la gestion des places disponibles dans ces établissements.

Les données enregistrées sont celles liées au formulaire ainsi que les informations que vous avez librement fournies. Elles sont destinées aux personnes dûment habilitées et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier des établissements choisis, des espaces autonomie ou du département du Morbihan. Les données sont conservées sur la plateforme de gestion des places disponibles pendant 2 ans après le dernier contact avec vous puis anonymisées.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, modifiée, et au «règlement général sur la protection des données» (RGPD) vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

L'ensemble de ces demandes doivent être adressées, en justifiant de votre identité, auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission ou à l'espace autonomie de votre secteur ou de la déléguée à la protection des données du département du Morbihan.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) 3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex ou sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

**// VOLET « CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS »****Une page à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme...)**

Nom de naissance du demandeur : \_\_\_\_\_

Nom d'usage (marital) du demandeur : \_\_\_\_\_

Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Date de naissance du demandeur : \_\_\_\_\_

**INDIQUEZ PAR ORDRE DE PRIORITÉ LES ÉTABLISSEMENTS OÙ VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCUEILLI**

<b>1<sup>er</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

<b>2<sup>e</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

<b>3<sup>e</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

<b>4<sup>e</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

<b>5<sup>e</sup> choix</b>	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	





N° 14732\*03

## DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### 1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### Commentaire de l'établissement

## 2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

**Attention** : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

### Constitution du dossier :

#### Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

#### Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes<sup>1</sup> :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
  
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité
  
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
  
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

**Vous pouvez également consulter le site internet [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.**

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

**NB** : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

<sup>1</sup> Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

**// VOLET ADMINISTRATIF**

Trois pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin

**DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

(4 PAGES)

**1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL****Civilité :** Monsieur  Madame 

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

**Situation familiale** (cocher la mention utile)Célibataire  Vie maritale  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (vé)  Séparé(e)  Divorcé(e) 

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Présence d'un aidant<sup>1</sup> : OUI  NON Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> : OUI  NON Existence d'un animal de compagnie : OUI  NON **2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE** (cocher la mention utile)Domicile  Chez enfant/proche  Résidence autonomie  Résidence service seniors  Long séjour   
EHPAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_**Adresse**

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

@

<sup>1</sup> « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

<sup>2</sup> La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

**Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ?** (cocher la mention utile)SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  Accueil de jour  HAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)<sup>4</sup> ? OUI  NON **Contexte de la demande d'admission** (Toute information utile à préciser)**3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

- La personne concernée elle-même : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)


**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

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

Proche aidant : OUI  NON Personne de confiance : OUI  NON 

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)


**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

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

Proche aidant : OUI  NON Personne de confiance : OUI  NON <sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.<sup>4</sup> Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...



**4. PROTECTION JURIDIQUE****Mesure de protection juridique** : OUI  NON  EN COURS<sup>1</sup> Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup> Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  non actif **État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale****Civilité** : Monsieur  Madame 

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

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

**5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT****Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI  NON 

Si OUI :

Nom

Prénom

**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

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

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.<sup>2</sup> L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).<sup>3</sup> Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).<sup>4</sup> Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

**6. ASPECTS FINANCIERS** (cocher la mention utile)**Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?**

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite :  Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI  NON
- Prestation pour tierce personne : OUI  NON

**AUTRES COMMENTAIRES**

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.

**DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT**

(4 PAGES)

**Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil****Civilité :** Monsieur  Madame Demande urgente OUI  NON 

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

**Médecin qui renseigne le dossier****Nom – prénom :****Adresse :****N° de téléphone :****Contexte de la demande** (cocher la mention utile)Soutien à domicile difficile<sup>1</sup> Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : \_\_\_\_\_Changement d'établissement **La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée** OUI  NON 

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ? OUI  NON **Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI  NON **Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)**

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,  
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

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

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI  NON **Coordonnées du médecin spécialiste :**<sup>1</sup> Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.<sup>2</sup> Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)

## Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé<sup>1</sup>

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amaigrissement récent<sup>2</sup>

Oui

Non

Conduite addictive			Déficiences sensorielles <sup>3</sup>			Rééducation		
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :			Si OUI, précisez laquelle :			Si OUI, précisez laquelle :		
Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			- visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			- Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute

Oui

Non

Risque de fausse route

Oui

Non

Soins palliatifs

Oui

Non

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.<sup>2</sup> Perte de poids :  $\geq 5\%$  en 1 mois, ou  $\geq 10\%$  en 6 mois (HAS 2007).<sup>3</sup> Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).



Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		
	date du dernier prélèvement :		

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques <sup>4</sup>	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe ( <i>morphine, insuline, ...</i> )		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement ( <i>préciser</i> ) :

**Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)**

Signature, date et cachet du médecin

**// VOLET « AUTONOMIE »****Deux pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme)**

Nom de naissance du demandeur : \_\_\_\_\_

Nom d'usage (marital) du demandeur : \_\_\_\_\_

Prénom(s) du demandeur : \_\_\_\_\_

Date de naissance du demandeur : \_\_\_\_\_

**TOILETTE/ HABILLEMENT**

Vous faites votre toilette :

 Seul(e)
  Avec une aide partielle
  Avec une aide complète

Vous vous habillez ou déshabillez :

 Seul(e)
  Avec une aide partielle
  Avec une aide complète
**TRANSFERTS/ DÉPLACEMENTS**Vous vous levez du lit seul(e) :  Oui  Avec difficulté  NonVous vous mettez (couchez) au lit seul(e) :  Oui  Avec difficulté  NonVous vous asseyez au fauteuil seul(e) :  Oui  Avec difficulté  NonVous prenez un ascenseur seul(e) :  Oui  NonVous montez et descendez les escaliers seul(e) :  Oui  NonVous marchez seul(e) :  Oui  NonVous marchez avec le soutien d'une canne :  Oui  NonVous marchez avec le soutien d'un déambulateur :  Oui  NonVous utilisez un fauteuil roulant par intermittence :  Oui  NonVous utilisez un fauteuil roulant en permanence :  Oui  Non**COHÉRENCE**

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

 Oui
  Avec difficulté
  Non

Vous vous occupez seul (e) de la prise de vos médicaments (dose et horaire) :

 Oui
  Avec difficulté
  Non

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros...

 Oui
  Avec difficulté
  Non

Vous pouvez vous exprimer et converser :

 Oui
  Avec difficulté
  Non

**ORIENTATION**

- Vous vous repérez dans les moments de la journée :  Oui  Avec difficulté  Non
- Vous vous repérez dans les moments de l'année :  Oui  Avec difficulté  Non
- Vous vous repérez dans les lieux habituels :  Oui  Avec difficulté  Non
- Vous vous repérez dans des lieux inconnus :  Oui  Avec difficulté  Non

**SOMMEIL**

- Votre sommeil est :  Correct  Correct avec un traitement  Difficile

**CONTINENCE**

- Utilisez-vous des protections :  Oui, le jour  Oui, la nuit  Non
- Si oui, vous les gérez seul(e) :  Oui  Non

**ALIMENTATION**

- Vous mangez seul(e) :  Oui  Avec difficulté  Non
- Vous vous servez seul(e) :  Oui  Avec difficulté  Non
- Votre repas doit être :  Mixé  Haché  De texture normale

Précisions éventuelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de la personne ayant renseigné le volet Autonomie : \_\_\_\_\_  
Fonction ou qualité si cette personne n'est pas le demandeur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature