



Hôpital
de
Crépy-en-Valois

Tél. 03 44 59 11 19
Fax 03 44 39 52 41

www.ch-crepyenvalois.fr

Hôpital Saint-Lazare
16, rue Saint-Lazare
60800 Crépy-en-Valois

Maison de Retraite
Etienne-Marie de La Hante
3, mail Philippe d'Alsace
60800 Crépy-en-Valois

Maison de Retraite
Les Primevères
1, rue des Primevères
60800 Crépy-en-Valois

Madame, Monsieur,

Vous manifestez le souhait d'être admis(e) ou de faire admettre un de vos proches en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez.

Afin que nous puissions étudier votre demande d'admission, merci de nous retourner dès que possible le dossier joint dûment complété. Il est composé :

- d'une partie administrative qui sera complétée par vous-même, un membre de votre entourage ou une personne de confiance,
- d'une partie médicale qui sera remplie par votre médecin traitant ou le médecin d'un établissement de santé,
- d'une partie habitudes de vie qui sera complétée par vous-même, un membre de votre entourage ou une personne de confiance.

Ce dossier est à remettre dans son intégralité au bureau des admissions, le plus rapidement possible. Toutefois, nous vous encourageons vivement à constituer un dossier auprès d'autres établissements.

De plus, le coupon réponse en bas de la présente est également à nous retourner. En effet, la désignation d'un médecin traitant, autre que le médecin coordonateur de la structure, qui suivra le futur résident au sein de l'EHPAD, est un élément indispensable à la recevabilité du dossier d'admission. A titre indicatif, vous trouverez au verso la liste des médecins libéraux exerçant à Crépy-en-Valois et dans des communes situées à moins de 10 kms.

Nous vous précisons que l'établissement est habilité à l'aide sociale versée par les Conseils Généraux visant à participer au financement du tarif hébergement.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire,

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

.....
Coupon – Réponse :

Veillez indiquer ci-dessous les coordonnées du médecin traitant, autre que le médecin coordonateur de la structure, qui suivra le futur résident dans sa prise en charge médicale au sein de l'EHPAD.

Nom :
Prénom :
Adresse :

Accord du médecin traitant

Numéro de téléphone :

(signature et cachet)

Service des admissions
Version 3
21/05/2014

Merci de préciser également le nom et le prénom du futur résident.

Nom :

Prénom :

**MEDECINS LIBERAUX EXERCANT A CREPY-EN-VALOIS
ET DANS DES COMMUNES SITUEES A MOINS DE 10 KMS**

Cabinet médical de Crépy-en-Valois
20 avenue de Senlis – Tél. : 03 44 87 11 33

CHARPENTIER Pascal
DAHAN Yvon
FAGNY Isabelle
GALAN Aneta
HERSIN Sébastien
LE NECHET Emmanuelle
VAN BUTSELE Eric
VIAL Lydie

Cabinet médical de Crépy-en-Valois
14 place Jean Philippe Rameau – Tél. : 03 44 39 63 24

PINILO Christophe
PINILO Philippe

Cabinet médical de Betz
25 rue Valet – Tél. : 03 44 87 33 65

BOULLAND Philippe

Médecins indépendants

Docteur BORDEAUX Stéphanie – 18 rue Jean Jacques Rousseau
60800 Crépy-en-Valois – Tél. : 03 44 88 46 29

Docteur DUCROCQ Jean-Paul – 3 rue de la Poste
60127 Morierval – Tél. : 03 44 88 61 07

Docteur Irène BORONCZYK-SZPYTMA – 23 rue Jeanne d'Arc
60800 Crépy-en-Valois – Tél. : 03 44 59 11 39

Docteur Véronique BORGEO – 7 rue de l'Eglise
60800 Crépy-en-Valois – Tél. : 03 44 94 16 72



Maison de retraite Etienne Marie de La Hante



Maison de retraite Les Primevères



Unité de Soins de Longue Durée et Maison de retraite Saint Lazare

DOCUMENTS A FOURNIR

Pièces à fournir LORS DE LA DEMANDE :

- Copie du livret de famille et de la carte d'identité (recto/verso)
- Copie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte de mutuelle (recto/verso)
- Dernier avis d'imposition ou non-imposition
- Les trois derniers relevés bancaires ET justificatifs de pensions

Pièces à fournir AVANT L'ADMISSION au bureau des admissions situé à l'accueil de l'Hôpital Saint-Lazare :

- Un chèque de caution à l'ordre du Trésor Public¹

TARIFS EN VIGUEUR

Unité de Soins de Longue Durée		Maison de retraite	
Plus de 60 ans	Moins de 60 ans	Plus de 60 ans	Moins de 60 ans
1 816,60 €	2 290,90 €	1 597,43 €	1 789,63 €

- Engagement de payer de la personne qui assurera ou les personnes qui assureront le règlement des frais de séjour²
- Un relevé d'identité bancaire ou postal³
- Deux photos d'identité ou photos de famille (récente)
- Une copie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice (le cas échéant)
- Copie de l'attestation responsabilité civile **ET** Copie de l'attestation d'assurance des biens et objets personnels (le cas échéant)
- Copie du contrat obsèques (le cas échéant)
- Recueil du consentement du partage des données entres l'Hôpital de Crépy-en-Valois et le Centre Hospitalier de Compiègne-Noyon
- Les formulaires relatifs aux dispositifs médicaux

¹ Sans l'obtention du chèque de caution, l'admission sera annulée ou reportée (maximum 7 jours)

² Sans l'obtention de ce document, l'admission sera annulée ou reportée (maximum 7 jours)

³ Sans l'obtention de ce document, l'admission sera annulée ou reportée (maximum 7 jours)



N° 14732*01

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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 / SAD¹ 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⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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

¹ 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⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du 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

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESTANTE

NE SAIT PAS OUI NON

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

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI NON

Cécité

Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION

OUI NON

Kinésithérapie

Orthophonie

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
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				

SYMPTOMES 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		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

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

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

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



Hôpital
de
Crépy-en-Valois

Tél. 03 44 59 11 19
Fax 03 44 39 52 41

www.ch-crepyenvalois.fr

Hôpital Saint-Lazare
16, rue Saint-Lazare
60800 Crépy-en-Valois

Maison de Retraite
Etienne-Marie de La Hante
3, mail Philippe d'Alsace
60800 Crépy-en-Valois

Maison de Retraite
Les Primevères
1, rue des Primevères
60800 Crépy-en-Valois

VOS HABITUDES DE VIE



« Soyez chez nous comme chez vous »



JC / MB
Version 1
30/05/2011

Nom :

Prénom :

RELATION COMMUNICATION – VIE SOCIALE

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

.....
.....
.....

Portez vous : des lunettes Oui Non
des lentilles Oui Non
un audiophone Oui Non

MOBILISATION

Avez-vous des difficultés pour vous déplacer : Oui Non
Aide : Canne Déambulateur Fauteuil
Portez vous des chaussures orthopédiques : Oui Non
Avez-vous besoin d'aide pour sortir de votre lit : 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 : Oui Non

Habillage :

Choix de la tenue possible : Oui Non

Aide partielle Aide totale

Entretien du linge :

Par votre famille

Par l'établissement (si marqué)

Vos habitudes d'esthétisme :

Pédicure

Coiffeur

Manucure

Soins de peau

Avez-vous des problèmes de peau : Oui Non

Si oui, Irritations Allergies

Autres

ALIMENTATION

Quels sont vos mets préférés :

.....

Quels sont les mets que vous n'aimez pas :

.....

Aimez-vous discuter à table : Oui Non

Quels sont vos habitudes pour le petit déjeuner :

.....

Portez-vous un appareil dentaire :

Oui

Non

En haut

En bas

Avez-vous besoin d'aide pendant vos repas :

Oui

Non

Faites-vous des fausses routes :

Oui

Non

Allergies :

Concernant les allergies alimentaires, veuillez compléter, dater et signer le document intitulé « les allergènes alimentaires »

Avez-vous des allergies médicamenteuses (ex. antibiotique, aspirine, ...) Oui Non

Si oui, lesquelles :

ELIMINATION

Urinaire : Autonomie Aide pour installation Aide possible

Incontinence : Partielle Totale

Protection : Jour Nuit

Change complet : Oui Non

Matériel nécessaire :

Etui pénien Urinal Bassin Chaise garde robe

Sonde urinaire Poche pour stomie

Selles :

Autonomie Incontinence

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 :

Vous levez-vous la nuit : Oui Non

Vous réveillez-vous souvent : Oui Non

Voulez-vous être visité(e) la nuit : Oui Non

Avez-vous déjà chuté la nuit : Oui Non

RESPIRATION

Tabac : Oui Non

Avez-vous besoin d'oxygène (O2) : Oui Non

VOS LOISIRS ET VOS SOUHAITS

Comment occupez-vous votre temps libre ?

.....
.....

Pratiquez-vous des activités manuelles ?

.....
.....

Pratiquez-vous des activités physiques (exemple : marche, gymnastique,...) ?

.....
.....

Aimez-vous faire la cuisine ? Oui Non

Aimez-vous lire ? Oui Non

Si oui, quel genre de livres ?

.....
.....



Hôpital
de
Crépy-en-Valois

Tél. 03 44 59 11 19
Fax 03 44 39 52 41

Hôpital Saint-Lazare
16, rue Saint-Lazare
60800 Crépy-en-Valois

Maison de Retraite
Etienne-Marie de La Hante
3, mail Philippe d'Alsace
60800 Crépy-en-Valois

Maison de Retraite
Les Primevères
1, rue des Primevères
60800 Crépy-en-Valois

NF/MB
Version 1 du 22 janvier 2016

LES ALLERGENES ALIMENTAIRES

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Vous souffrez d'une allergie alimentaire, merci de bien vouloir nous en faire part afin de répondre à vos attentes.

Avez-vous des allergies alimentaires* :

**L'allergie alimentaire est une réaction anormale de défense du corps à la suite de l'ingestion d'un aliment*

Oui

Non

Si oui, lesquelles

Céréales contenant du gluten et produits à base de ces céréales (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, Kamut ou leurs souches hybrides)

Œufs et produits à base d'œuf

Poissons et produits à base de poisson

Lait et produits à base de lait

Fruit à coques et produits à base de ces fruits (amandes, noisettes, noix, noix de cajou, noix de pécan)

Si oui, lequel : _____

Arachide et produits à base d'arachide

Crustacés et produits à base de crustacés

Soja et produits à base de soja

Céleri et produits à base de céleri

Moutarde et produits à base de moutarde

Graines de sésame et produits à base de graines de sésames

Anhydride sulfureux et sulfites en concentration de plus de 10mg/kg ou 10mg/l (exprimés en SO²)

Autres : _____

Fait le _____

Signature



Goûts et réticences alimentaires

NOM : Prénom :

Afin d'adapter au mieux les repas à vos envies, nous souhaiterions savoir quels sont les aliments que vous n'aimez pas.

Pour cela, merci de remplir le questionnaire en **indiquant les aliments que vous ne souhaitez pas manger*** :

Viandes

.....

Poissons

.....

Charcuteries

.....

Légumes

.....

Féculents (exemple : pâtes, riz)

.....

Fruits

.....

Produits laitiers

.....

Desserts

.....

Informations complémentaires :

.....

* Une fiche spécifique permet d'indiquer les allergies alimentaires.