

E. H. P. A. D.


*RESIDENCE "LA BARBACANE"*

*82500 LARRAZET*

QUESTIONNAIRE  
DE PRE ADMISSION



ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES  
- EHPAD -

 05.63.20.70.04  
Fax : 05.63.20.74.37  
Mail : [la-barbacane@orange.fr](mailto:la-barbacane@orange.fr)

# 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'ETABLISSEMENT (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 / 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 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

<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 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)  
*(suivi, s'il y a lieu du 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) :**

**ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux**

**PATHOLOGIES ACTUELLES**



**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

**SOINS PALLIATIFS**   **ALLERGIES**   Si oui, préciser

**CONDUITES A RISQUE**

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**

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**

Cécité

Surdité

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

**REEDUCATION**

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre *(préciser)*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné (e) Docteur :.....

Adresse : .....

Certifie, après avoir examiné M.....

↳ Est exempt(e) de maladie contagieuse.       Oui       Non  
Si non, laquelle ?.....

↳ Est à jour des vaccins suivants :

- TETANOS : dates.....
- B.C.G.      : date..... Résultat.....
- I.D.R.      : date..... Résultat.....

Son état de santé actuel lui permet, sans contre-indication de vivre en collectivité.

A....., le.....200

Cachet et Signature

NOM prénom: .....

## ***CHOIX DES INTERVENANTS EXTERIEURS***

- ✓ CHOIX D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE (pour laquelle vous avez toute confiance : parent, proche ou médecin traitant)

M.....

- ✓ LIEU D'HOSPITALISATION :
- ✓ AMBULANCE :
- ✓ MEDECIN TRAITANT :
- ✓ MEDECIN NEUROLOGUE :
- ✓ MEDECIN CARDIOLOGUE :
- ✓ PHARMACIE :
- ✓ KINESITHERAPEUTE :
- ✓ DENTISTE :
- ✓ OPHTALMOLOGISTE :
- ✓ PEDICURE :
- ✓ COIFFEUR :
- ✓ AUTRE :

Fait le.....

Signature :



82500 LARRAZET  
☎ 05.63.20.70.04  
Fax : 05.63.20.74.37

## RECUEIL DES DERNIERES VOLONTES

NOM ..... Prénom .....

Religion .....

Personnes à prévenir : ..... - Nom et Prénom .....  
Lien de parenté.....

Nuit Jour

☎ .....

- Nom et Prénom .....  
Lien de parenté.....

Nuit  Jour

☎ .....

- Nom et Prénom .....  
Lien de parenté.....

Nuit  Jour

☎ .....

Pompes funèbres : ..... Ville : .....

☎ :

☎ :

Contrat obsèques  N° .....

Don du corps  N° Carte : .....(fournir la carte)

Incinération :

Visite d'un prêtre  Nom.....

☎ .....

Choix vestimentaire : .....

Port des bijoux – Lesquels ? .....

Nous rappelons aux personnes à prévenir en cas de décès de nous laisser impérativement leurs coordonnées (adresse et téléphone) en cas de déplacement de plus de 48 heures.

A.....le.....  
(Qualité et signature)

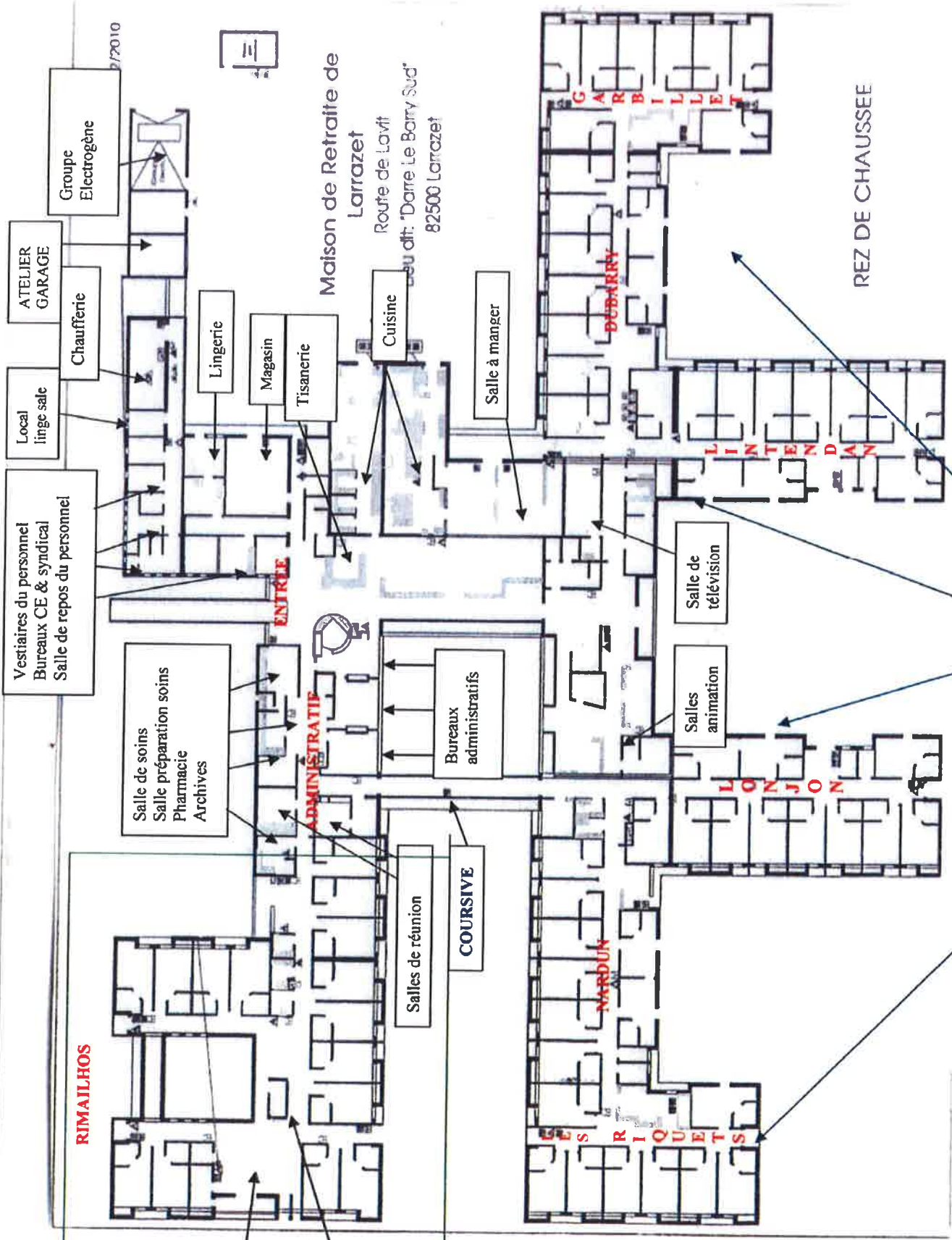
UNITE ALZHEIMER

Salle à manger et d'activités

Tisanerie

RIMAILHOS

Maison de Retraite de Larrazet  
Route de Lavit  
du dt: "Darre Le Barry Sud"  
82500 Larrazet



REZ DE CHAUSSEE

UNITE PRINCIPALE 55 lits