



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS
LONGUE DUREE**



CENTRE
HOSPITALIER

Calvi Balagne

**Centre Hospitalier Calvi-Balagne
Unité de Soins Longue Durée
Lieu dit Guazzole
20260 CALVI**

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

Ce dossier comprend :

- Un volet administratif, renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée à le faire.
- Un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, permettant à la commission d'admission d'émettre un avis sur la capacité de l'USLD à prendre en charge le patient.

**CE DOSSIER SERA ETUDIE PAR LA COMMISSION D'ADMISSION DE L'ETABLISSEMENT QUI SE REUNIE
TOUS LES QUINZE JOURS.
LE DEPOT DE CE DOSSIER NE VAUT EN AUCUN CAS UNE ADMISSION.**

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes :

- Le livret de famille ou la carte d'identité
- Le dernier avis d'imposition
- Un RIB
- La carte d'assuré social à jour des droits
- Le dernier relevé de la taxe foncière ou une attestation sur l'honneur de non propriété
- Un certificat médical dûment complété par un médecin

Des pièces complémentaires pourront être demandées à l'entrée dans le service.

DOSSIER ADMINISTRATIF

(à remplir par la famille)

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de famille (de naissance) :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../

Lieu de naissance :

Pays ou département :

N° de sécurité sociale : _ _ _ _ _

Adresse :

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal : _ _ _ _

Commune/Ville :

Téléphone fixe : _ _ - - - -

Téléphone portable : _ _ - - - -

Adresse email : _____@_____

Situation familiale :

Célibataire Vie maritale 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

Contexte de la demande d'admission (par exemple, aggravation de l'état de santé...)

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../

Lieu de naissance : Pays ou département :

Adresse :

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal : _ _ _ _ Commune/Ville :

Téléphone fixe : _ - - - - Téléphone portable : _ - - - -

Adresse email : _____ @ _____

Lien avec la personne concernée :

Le représentant légal est il le protecteur juridique : Oui Non

PERSONNE DE CONFIANCE :

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

Si oui :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal : _ _ _ _ Commune/Ville :

Téléphone fixe : _ - - - - Téléphone portable : _ - - - -

Adresse email : _____ @ _____

Lien avec la personne concernée :

DEMANDE :

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

- Domicile Hébergement dans la famille Logement foyer EHPAD
 Hôpital SSIAD/SAD Accueil de jour

Autre

(préciser) :

...

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement et l'adresse :

La personne concernée est-elle informée de la demande ? Oui Non

Le consentement libre et éclairé de la personne concernée a pu être recueilli ? Oui Non

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 :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal : ____ Commune/Ville :

Téléphone fixe : ____-____-____-____ Téléphone portable : ____-____-____-____

Adresse email : _____@_____

Lien avec la personne concernée :

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (suite)

Autre personne à contacter :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal : _ _ _ _ _

Commune/Ville :

Téléphone fixe : _ - _ - _ - _ - _

Téléphone portable : _ - _ - _ - _ - _

Adresse email : _____@_____

Lien avec la personne concernée :

ASPECT FINANCIER :

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

Allocation logement :

Oui Non

Allocation personnalisée d'autonomie :

Oui Non

Prestation de compensation du handicap :

Oui Non

Allocation compensatrice pour tierce personne :

Oui Non

Commentaires :

Date d'entrée souhaitée : Immédiat

A échéance plus lointaine

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

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal :

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

(à remplir par un médecin)

PERSONNE CONCERNEE :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de famille (de naissance) :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../

MOTIF DE LA DEMANDE :

- Changement d'établissement
- Fin/ Retour d'hospitalisation
- Maintien à domicile difficile
- Autre

(préciser) :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

PATHOLOGIES ACTUELLES- ANTECEDANTS-CO-MORBIDITES :

Affections cardio-vasculaires

- Insuffisance cardiaque :
- Coronaropathie :
- Hypertension artérielle :
- Troubles du rythme :
- Phlébite :
- Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation :
- Artériopathies chroniques :
- Hypotension orthostatique :

Pathologie Actuelle Antécédents

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

Affections neuro psychiatriques

- Malaises, vertiges, perte de connaissances brèves, chutes :
- Accidents vasculaires cérébraux :
- Epilepsie, comitialité focale ou généralisée :
- Syndrome parkinsonien et toutes pathologies neuro dégénératives :
- Syndrome confusionnel aigu :
- Etats dépressifs :
- Etats anxieux (névroses, phobies, obsessions, angoisses)
- Psychoses, délires, hallucinations :
- Syndrome démentiel :

Pathologie Actuelle Antécédents

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

Affections broncho-pulmonaires

- Broncho pleuro pneumopathies :
- Insuffisances respiratoires :
- Embolies pulmonaires :

<i>Pathologie Actuelle</i>	<i>Antécédents</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pathologies infectieuses

- Syndromes infectieux généraux bactériens ou viraux :
- Syndromes infectieux locaux :
- Infections urinaires basses :

<i>Pathologie Actuelle</i>	<i>Antécédents</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections dermatologiques

- Escarres, ulcères et autres plaies :
- Autres lésions cutanées graves :

<i>Pathologie Actuelle</i>	<i>Antécédents</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections ostéo-articulaires

- Pathologie de la hanche :
- Pathologie de l'épaule :
- Pathologie vertébro-iliaque :
- Pathologies osseuses d'autres localisations :
- Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations :

<i>Pathologie Actuelle</i>	<i>Antécédents</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections gastro-intestinales

- Syndromes digestifs hauts :
- Syndromes abdominaux :
- Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique :
- Dénutrition :

<i>Pathologie Actuelle</i>	<i>Antécédents</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections endocriniennes

- Diabète :
- Pathologie thyroïdienne :
- Troubles de l'hydratation :

<i>Pathologie Actuelle</i>	<i>Antécédents</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections uro-néphrologiques

- Rétention urinaire :
- Insuffisance rénale :
- Incontinence :

<i>Pathologie Actuelle</i>	<i>Antécédents</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres domaines pathologiques

- Anémies :
- Pathologie cancéreuse :
- Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique :
- Syndrome inflammatoire ou fièvre inexplicée :
- Pathologie oculaire évolutive :
- Etat grabataire, troubles de la marche :
- Etat terminal à plus ou moins longue échéance :

<i>Pathologie Actuelle</i>	<i>Antécédents</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autrespathologies :.....

Traitements en cours ou joindre les ordonnances :

Allergies : Oui Non

Si oui préciser :

Prise en charge palliative :

Oui Non

La personne concernée est informée :

- Du diagnostic :

Oui Non

- De la prise en charge palliative :

Oui Non

Conduites à risques	Oui	Non
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Portage de bactérie multi résistante : Ne sait pas Oui Non

Si oui préciser (localisation, etc.)	
Date du dernier prélèvement	

Taille :

Risque de fausse route : Oui Non

Fonctions sensorielles	Oui	Non
Surdité		
Cécité		

Rééducation	Oui	Non
Orthophonie		
Kinésithérapie		
Autres :		

Soins cutanés	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		

Données sur l'autonomie		A	B	C
Autonomie physique et psychique				
Cohérence				
Orientation	Temps			
	Espace			
Toilette	Haut			
	Bas			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Transfert				
Déplacement	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Communication à distance				
Autonomie domestique et sociale				
Gestion				
Cuisine				
Ménage				
Transport				
Achats				
Suivi du traitement				
Activité de temps libre				

A : Fait seul
B : Fait partiellement
C : Ne fais pas

Appareillage	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pacemaker		
Autres :		

Troubles chroniques du comportement		Oui	Non
Perturbations affectives et émotionnelles de l'apathie			
Hypomanie			
Comportements moteurs aberrants	Agitation		
	Agressivité		
	Déambulation		
	Gestuelles perturbantes		
	Cris continus		
Modifications grave des fonctions instinctuelles	Sommeil		
	Appétit		
	Sexualité		
	Conduites d'élimination urinaire et fécale		
Fugues			
Refus ou demande excessive de soins			
Troubles alimentaires			
Troubles vestimentaires			
Troubles sphinctériens			
Actes incohérents			

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sonde d'alimentation		
Sonde trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

Commentaires et recommandations éventuels :

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER :

Nom : m :

N° Voie, rue, boulevard :

Code postal : _ _ _ _ _ Commune/Ville :

Date :/...../

Signature et cachet du médecin :