



Inscription en établissement d'accueil pour personnes âgées

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire dans un établissement d'accueil pour personnes âgées. Afin de faciliter vos démarches, le Conseil général en partenariat avec les établissements finistériens a élaboré une première fiche d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux établissements. Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical joint par votre médecin et de prendre contact avec les responsables des établissements de votre choix.

▼ État civil

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

N° de Sécurité sociale :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve)

Adresse :

Téléphone :

Motif de la demande :

Type d'hébergement recherché (cf fiche « d'informations pratiques ») :

Longue durée Temporaire Autre :

▼ Demande faite par

La personne elle-même

La famille - précisez le lien de familial :

Un représentant légal :

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Autre - précisez :

La personne concernée est-elle informée de cette demande?

Oui Non

▼ Cadre réservé au service

▼ Personne à contacter pour la suite du dossier

(la 1^{ère} personne citée sera considérée par l'établissement comme référente)

1 Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone domicile :

travail :

portable :

Courriel :

2 Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone domicile :

travail :

portable :

Courriel :

▼ Situation

Où habitez-vous actuellement ?

À votre domicile

Chez vos enfants

En établissement / Nom et service à indiquer :

Autre précisez :

Adresse :

Téléphone :

Percevez-vous l'APA (Allocation Personnalisée Autonomie) ?

Oui Non

Si oui, quel est votre GIR

▼ Cadre réservé au service



Conseil général du Finistère

Direction des personnes âgées et des personnes handicapées

Cité administrative de Ty-Nay - 29196 Quimper cedex

Tél. 02 98 76 22 46 - Fax 02 98 76 24 49

DOSSIER MEDICAL COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT

Document médical confidentiel à renseigner par le médecin en collaboration

avec l'initiateur de la demande

A mettre sous **pli confidentiel**

à compléter par l'établissement

Date d'inscription

N° d'inscription

Précaution Urgence Autre

LA PERSONNE CONCERNEE

NOM/PRENOM

Date de naissance

Lieu de vie actuel¹

Adresse

N° de téléphone

Est-elle informée de la demande? oui non

En accord avec cette demande? oui non

¹ chez les enfants, à domicile, en établissement....

DEMANDE FAITE PAR

NOM/PRENOM

Qualité²

N° de téléphone

² lien de parenté

MOTIFS DE LA DEMANDE

Changement de structure

Retour d' hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres

TYPE D'HEBERGEMENT DEMANDE

Hébergement temporaire oui non

Hébergement permanent oui non

Accueil de jour oui non

Accueil de nuit oui non

Accueil d' urgence oui non

MESURE DE PROTECTION

oui non

NOM/PRENOM

Adresse

N° de téléphone

PERSONNE A CONTACTER POUR LA SUITE DU DOSSIER

NOM/PRENOM

Adresse

N° de téléphone

FICHE DE DEPENDANCE (AGGIR)

		A	B	C
Toilette	Haut			
	bas			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Transfert				
Déplacement	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Communication pour alerter				
Orientation				
Cohérence				
calcul du GIR				

FONCTIONS SENSORIELLES

	bonne	moyenne	mauvaise
Vision			
Audition			

APPAREILLAGES

	oui	non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Autres (préciser)		

REGIME ALIMENTAIRE

Si Oui, lequel	Sonde naso gastrique	
	GPE	

MEDECIN TRAITANT

NOM/PRENOM

Commune

N° de téléphone

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM/PRENOM

Lien de parenté

Adresse

N° de téléphone

N° de portable

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

		oui	non
Agitation	Diurne / Nocture		
Agressivité	Diurne / Nocture		
Déambulation	Diurne / Nocture		
Conduite à risques	Tabac		
	Alcool		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

Localisation	
Stade	
Durée du soin	
Type pansement	

REEDUCATION

	oui	non

OXYGENOTHERAPIE

	oui	non

INTERVENANTS EXTERIEURS

	oui	non
Auxiliaire de vie		
Infirmière ou service		
Kinésithérapeute		
Autre (préciser)		

TRAITEMENT(S) EN COURS

PATHOLOGIES ACTUELLES	
	ALD ³

ANTECEDENTS
----- Médicaux -----
----- Chirurgicaux -----

GERE SEUL SON TRAITEMENT
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

3 cocher les pathologies

MEDECINS SPECIALITES

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

ALLERGIES (dont MEDICAMENTEUSES)
Précisez <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

TAILLE	POIDS

VACCINATIONS (dates des derniers rappels)
Anti-tétanique
Anti-pneumococcique
Anti-grippal

DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT (cachet obligatoire)

Par avance, merci de votre coopération.

Nous vous demandons de bien vouloir confirmer cette inscription chaque année par écrit, ainsi que tout changement de situation.

▼ Etablissements d'Hébergement Permanent pour Personnes Agées Dépendantes

<input type="checkbox"/>	Résidence KER HEOL	7, rue de Ker Héol - Brest	Tél. 02 98 02 29 67
<input type="checkbox"/>	Résidence KER DIGEMER	4, rue de Quercy - Brest	Tél. 02 98 03 15 80
<input type="checkbox"/>	Résidence KER GWENN*	rue du Dr Delalande - Brest	Tél. 02 98 05 27 99
<input type="checkbox"/>	Résidence BRANDA	55, rue Branda - Brest	Tél. 02 98 46 14 26
<input type="checkbox"/>	Résidence KER BLEUNIOU	6, rue du Château d'Eau - Gouesnou	Tél. 02 98 07 70 69
<input type="checkbox"/>	Résidence LE STREAT HIR	Place Manigod - Le Conquet	Tél. 02 98 89 15 66
<input type="checkbox"/>	Résidence LE GRAND MELGORN	24, rue du Spernoc - Porspoder	Tél. 02 98 89 51 11
<input type="checkbox"/>	Résidence LES MOUETTES	31, rue des Mouettes - Plougonvelin	Tél. 02 98 48 24 48
<input type="checkbox"/>	Résidence LE PENTY*	20 bis, rue de la Libération - Lannilis	Tél. 02 98 04 01 97

▼ Accueil Temporaire

<input type="checkbox"/>	Résidence KER ASTEL (26 places)	10, rue des 3 Frères Cozian - Guipavas	Tél. 02 98 84 68 76
<input type="checkbox"/>	Résidence KER DIGEMER (2 places)	4, rue de Quercy - Brest	Tél. 02 98 03 15 80
<input type="checkbox"/>	Résidence LES MOUETTES (1 place)	31, rue des Mouettes - Plougonvelin	Tél. 02 98 48 24 48
<input type="checkbox"/>	Résidence LE PENTY* (6 places)	20 bis, rue de la Libération - Lannilis	Tél. 02 98 04 01 97
<input type="checkbox"/>	Résidence BRANDA (1 place)	55, rue Branda - Brest	Tél. 02 98 46 14 26

▼ Accueil de Jour Thérapeutique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

<input type="checkbox"/>	TY GWENN (10 places)	rue du Dr Delalande - Brest	Tél. 02 98 05 27 99
<input type="checkbox"/>	TY BLEUNIG (10 places)	rue des Hortensias - Gouesnou	Tél. 02 98 07 70 69
<input type="checkbox"/>	LE PENTY (10 places)	20 bis, rue de la Libération - Lannilis	Tél. 02 98 04 01 97
<input type="checkbox"/>	LES AGAPANTHES (8 places)	24, rue du Spernoc - Porspoder	Tél. 02 98 89 51 11

*Etablissements spécialisés dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés

▼ Type d'hébergement recherché

Hébergement de longue durée

Hébergement permanent. L'établissement devient le domicile de la personne accueillie

Hébergement temporaire

Hébergement de courte durée, en relais du domicile, limité à 90 jours par période de 12 mois, tous établissements confondus

Autre

Accueil de jour, accueil de nuit, accueil d'urgence

▼ Pièces à adresser

La personne sollicitant l'inscription doit adresser elle-même les pièces à l'ensemble des établissements de son choix pour lesquels la demande est valable :

- le volet administratif dûment complété,
- le volet médical, daté et signé d'un médecin, sous pli confidentiel comportant la mention « volet médical » et le nom de la personne.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission.

La demande d'inscription n'est valable qu'un an. Si au terme de ce délai, la demande d'inscription est maintenue, il faut re-contacter chacun des établissements concernés et leur fournir une nouvelle grille AGGIR.

Un contact doit systématiquement être pris auprès de chacune des structures mentionnées sur la demande d'inscription pour obtenir plus de renseignements sur le fonctionnement de l'établissement, sur les pièces administratives à fournir au moment d'une entrée éventuelle, sur les possibilités de visite de la structure, sur le trousseau, le marquage du linge, ...

▼ L'entrée en établissement

Lorsque votre entrée en établissement se précisera, vous serez susceptible de devoir fournir :

- 1 photocopie de la carte VITALE et de l'attestation d'assuré.
- 1 photocopie de la carte mutuelle,
- 1 photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance,
- 1 relevé d'identité bancaire (RIB),
- la dernière déclaration de revenus,
- le dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- les justificatifs des pensions,
- la taxe d'habitation et taxe foncière,
- 2 photos d'identité ou photos récentes,
- votre numéro de dossier APA.

Toute évolution de la situation de la personne concernée par la demande d'admission doit être transmise aux différents établissements sollicités : désistement, entrée dans une structure, modification de la situation physique, psychique et sociale de l'intéressée.

Pour de plus amples informations sur votre inscription et les établissements d'hébergement pour personnes âgées, vous pouvez prendre contact avec votre antenne CLIC



Conseil général du Finistère

Direction des personnes âgées et des personnes handicapées
Cité administrative de Ty-Nay - 29196 Quimper cedex
Tél. 02 98 76 22 46 - Fax 02 98 76 24 49