



# DOSSIER DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

#### PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

Date de la demande \_\_\_\_\_

Demande présentée par \_\_\_\_\_

N°

#### ETABLISSEMENTS CHOISIS, PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE

1 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_  
5 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_

**Pour Grenoble** : un dossier à déposer dans l'établissement placé en choix n° 1

**Pour les autres territoires isérois** : dossier à déposer dans chacun des établissements choisis

#### Type d'accueil

Permanent

Temporaire

De jour

#### Demande

Urgente

Non urgente

#### Chambre

Seule

Indifférent

#### ETAT CIVIL

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Adresse où réside la personne si différente \_\_\_\_\_

Y a-t-il également une demande d'entrée du conjoint :  oui  non

#### MODE DE VIE

Vous vivez

Seul (e)

Avec un(e) conjoint(e)

avec un enfant

Autre \_\_\_\_\_

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

#### PERSONNE À CONTACTER POUR LE SUIVI DU DOSSIER

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Lien avec le demandeur \_\_\_\_\_

#### PARTIE RÉSERVÉE A L'ÉTABLISSEMENT

Dossier reçu le \_\_\_\_\_

Avis du médecin \_\_\_\_\_

Décision de la commission d'admission \_\_\_\_\_

Groupe GIR (si connu) \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation \_\_\_\_\_

## ENTOURAGE

NOMS ET PRÉNOMS	ADRESSES	TÉLÉPHONES
<b>Enfants</b>		
<b>1</b> _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
<b>2</b> _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
<b>3</b> _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
<b>4</b> _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
<b>5</b> _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
<b>Autres</b>		
<b>1</b> _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
Lien _____	e-mail _____	
<b>2</b> _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
Lien _____	e-mail _____	

## CONDITIONS DE VIE

**Vous recevez de l'aide de votre entourage :**

Famille  
  Voisin  
  Ami  
  Autre \_\_\_\_\_  
  Aucune aide de l'entourage

**Vous bénéficiez de l'intervention de professionnels :**

INTERVENANTS	NOM	TÉLÉPHONE
<input type="checkbox"/> Infirmière et/ou SSIAD <sup>1</sup> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Médecin traitant _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Aides à la vie quotidienne de jour _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Aides à la vie quotidienne de nuit _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre(s) professionnels, précisez _____	_____	_____
_____		
_____		

1. SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

## MOTIFS DE LA DEMANDE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Raison de santé                               | <input type="checkbox"/> Dépendance physique    |
| <input type="checkbox"/> Isolement, solitude                           | <input type="checkbox"/> Dépendance psychique   |
| <input type="checkbox"/> Habitat non adapté                            | <input type="checkbox"/> Rapprochement familial |
| <input type="checkbox"/> Dossier de précaution (cf notice explicative) | <input type="checkbox"/> Autres _____           |

Expliciter les raisons de la demande \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ASSURANCES

### SÉCURITÉ SOCIALE

N° Sécurité sociale \_\_\_\_\_

Adresse du Centre Payeur \_\_\_\_\_

Prise en charge Sécurité Sociale  Oui  Non

Affection Longue Durée (100 %)  Oui  Non

### RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (MUTUELLE / ASSURANCES)

Organisme \_\_\_\_\_

N° adhérent \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CAISSES DE RETRAITE D’AFFILIATION

CAISSE DE RETRAITE D’AFFILIATION	BÉNÉFICIAIRE	
	Demandeur	Conjoint

## ALLOCATION PERSONNALISÉE D’AUTONOMIE (APA)

Oui  Non  Dossier en cours

Nom du référent APA \_\_\_\_\_

## GESTION DE VOS BIENS

### Mesure de protection

Tutelle     Curatelle     Oui     Non  
 Sauvegarde de justice

### Précisez les coordonnées du tuteur ou curateur

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

## PERSONNE DE CONFIANCE \* (UNIQUEMENT EN USLD)

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

\* La **personne de confiance** est l'interlocuteur légitime du personnel médical dans les établissements hospitaliers qui doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et ne peut plus recevoir l'information. Elle peut également accompagner le patient et l'aider à prendre une décision, quand ce dernier est lucide et le souhaite.

Signature du demandeur

Date \_\_\_\_\_

Nom et qualité de la personne ayant rempli la fiche

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

### COHÉRENCE / ORIENTATION

#### Capacité d'évaluation

- Evaluer les situations
- Evaluer les situations mais nécessite des petits conseils
- Avoir besoin d'être fortement conseillé
- Ne pas évaluer les situations
- Ne pas reconnaître toujours les personnes

#### Orientation dans le temps

- Aucun problème
- Perte de repère : précisez \_\_\_\_\_
- Aucun point de repère

#### Orientation dans l'espace

- Aucun problème
- Se repérer dans un environnement connu
- Se repérer dans son domicile
- Se repérer dans sa chambre
- Aucun point de repère

### HYGIÈNE CORPORELLE / HABILLEMENT

#### Hygiène corporelle

- Se laver seul(e)
- Etre installé(e) pour la toilette faite seule
- Etre aidé(e) partiellement (toilette dos ou partie du corps)
- Etre stimulé(e) de façon importante
- Etre aidé(e) totalement

#### Habillement

- S'habiller seul(e)
- Etre installé(e) pour s'habiller
- Etre aidé(e) partiellement ou orienté(e)
- Etre stimulé(e)
- Etre aidé(e) complètement

### ALIMENTATION

Régime diététique, précisez \_\_\_\_\_

Se sert seul(e)

oui

non

Mange seul(e)

sans stimulation

avec stimulation

Texture

normale

mixée

hachée

## CONTINENCE VÉSICALE ET ANALE

<b>Incontinence</b>	Jour	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Nuit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Protections urinaires</b>	Gérer seul(e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Avec aide	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Protections pour les selles</b>	Gérer seul(e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Avec aide	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## TRANSFERTS

<b>Se lever seul(e) du lit</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Se mettre seul(e) au lit</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Se lever seul(e) d'un fauteuil</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## DÉPLACEMENTS

<b>Conduire son automobile seul(e)</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Prendre les transports en commun seul(e)</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Prendre un ascenseur</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Monter et descendre les escaliers</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Marcher seul (e)</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Marcher avec soutien</b>		
Canne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Déambulateur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Utiliser un fauteuil roulant</b>		
Par intermittence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le faire rouler	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se déplacer du lit au fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se déplacer du fauteuil aux toilettes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## SOMMEIL

<b>Troubles du sommeil</b>	<input type="checkbox"/> Aucun problème
	<input type="checkbox"/> Correct avec un traitement
	<input type="checkbox"/> Agitation

Date \_\_\_\_\_

Nom et qualité de la personne ayant rempli la fiche

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature :

# VOLET 3

## FICHE MÉDICALE D'ENTRÉE



À FAIRE REMPLIR EXCLUSIVEMENT  
PAR UN MÉDECIN (GÉNÉRALISTE, SPÉCIALISTE OU HOSPITALIER)

**CONFIDENTIEL**

Nom du médecin ayant rempli la fiche \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

### DEMANDEUR

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Homme

Femme

### MÉDECIN TRAITANT DU DEMANDEUR

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### SI HOSPITALISATION ACTUELLE

Nom du centre hospitalier \_\_\_\_\_

Nom du service \_\_\_\_\_

### CONTEXTE CLINIQUE *(Éléments à prendre en compte pour l'entrée en établissement)*

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

Cardio-vasculaire \_\_\_\_\_

Ostéo-articulaire \_\_\_\_\_

Neurologique \_\_\_\_\_

Pulmonaire : Radio pulmonaire de face à prévoir au moment de l'admission

Digestif \_\_\_\_\_

Métabolisme \_\_\_\_\_

Douleur chronique \_\_\_\_\_

Etat dentaire \_\_\_\_\_

Alcoolisme

Tabagisme

Etat cutané \_\_\_\_\_

Escarres \_\_\_\_\_ Localisation \_\_\_\_\_

Infections nosocomiales

Autre \_\_\_\_\_



**HISTOIRE MÉDICALE RÉCENTE MOTIVANT LA DEMANDE**

A expliquer en détail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX**

A développer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Antécédents BMR<sup>1</sup> (à préciser) \_\_\_\_\_
- Allergies (à préciser) \_\_\_\_\_

**ÉTAT NEUROPSYCHOLOGIQUE**

- Fugues**  diurnes  nocturnes
- Agressivité**  verbale  physique
- Déambulation**
- Agitation**
- Cris**
- Délire**

- Problèmes psychiatriques** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si suivi, nom du référent \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Tél. \_\_\_\_\_
- MMS<sup>2</sup> si connu** \_\_\_\_\_
- Date de l'évaluation \_\_\_\_\_
- Autres tests d'évaluation** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bactéries MultiRésistantes  
<sup>2</sup> Mini Mental Score (Follsten)

## TROUBLES

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acuité visuelle | <input type="checkbox"/> Equilibre                | <input type="checkbox"/> Prothèse auditive    |
| <input type="checkbox"/> Acuité auditive | <input type="checkbox"/> Chutes : fréquence _____ | <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire    |
| <input type="checkbox"/> Déglutition     | <input type="checkbox"/> Port de lunettes         | <input type="checkbox"/> Autre prothèse _____ |

Observations \_\_\_\_\_

## SOINS SPÉCIFIQUES

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sonde urinaire  | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie                                  |
| <input type="checkbox"/> Stomie          | <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire (fréquence _____ fois/jour) |
| <input type="checkbox"/> Gastrostomie    | <input type="checkbox"/> Insuline  |
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> Autres _____                                    |

Observations \_\_\_\_\_

## AIDES TECHNIQUES À LA MARCHÉ

- |                                 |                                       |   |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cannes | <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|

Observations \_\_\_\_\_

## SOINS INFIRMIERS

- |                                     |  |                                     |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pansements | <input type="checkbox"/> Bas de contention | <input type="checkbox"/> Injections |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|

Autres \_\_\_\_\_

Durée des soins journaliers \_\_\_\_\_

## TRAITEMENTS

Date \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

# GRILLE A.G.G.I.R. – ÉTABLISSEMENTS

Etiquette Patient ou

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

**Autonomie :** A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement

B = fait partiellement

C = ne fait pas

		Eval.1	Eval.2
<b>COHÉRENCE</b>	Converser et / ou se comporter de façon logique et sensée		
<b>ORIENTATION</b>	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
<b>TOILETTE</b>	<b>HAUT :</b> Assurer son hygiène corporelle – visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, (dos exclu)		
	<b>BAS :</b> Régions intimes, membres inférieurs (non compris ongles et orteils)		
<b>HABILLAGE</b>	<b>HAUT :</b> Passer des vêtements par la tête et / ou les bras		
	<b>MOYEN :</b> Boutonner, mettre une fermeture éclair, des pressions, une ceinture ou des bretelles		
	<b>BAS :</b> Passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures		
<b>ALIMENTATION</b>	<b>SE SERVIR :</b> Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre, ouvrir un pot de yaourt		
	<b>MANGER :</b> Porter les aliments et les boissons à sa bouche et les avaler		
<b>ÉLIMINATION</b>	<b>URINAIRE :</b> Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire <i>Ex :</i> modalité A : personne qui assure seule correctement son hygiène malgré des fuites urinaires		
	<b>FÉCALE :</b> Assurer l'hygiène de l'élimination fécale		
<b>TRANSFERTS</b>	<i>Ex :</i> modalité B : si la personne se couche seule, mais ne se lève pas seule ou inversement Si le transfert lit/fauteuil est effectué mais pas le transfert assis/debout		
<b>DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR</b>	Il n'est pas tenu compte de l'usage de cannes, de déambulateur, de fauteuils roulants par la personne ( <i>ex :</i> modalité A : personne se déplaçant en fauteuil roulant dans son lieu de vie)		
<b>DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR</b>	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b>	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme		

**GROUPE ISO – RESSOURCE :**

# DOSSIER UNIQUE

## DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

---

NOTICE EXPLICATIVE A USAGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DE LEUR FAMILLE

---

### > UN DOSSIER UNIQUE : POURQUOI ?

---

Vous souhaitez être accueilli(e) dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées en Isère. Pour respecter votre choix, simplifier vos démarches administratives et faciliter le traitement de votre demande, le Conseil général de l'Isère, avec ses partenaires, a créé un dossier unique de demande d'entrée en établissement, commun à tous les établissements hébergeant des personnes âgées du département de l'Isère :

- Logements Foyers pour Personnes Agées (LFPA)  
et établissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)
- Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

**ATTENTION : IL NE S'AGIT PAS D'UN DOSSIER D'ADMISSION MAIS D'UN DOSSIER DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT.**

### > COMMENT SE PRÉSENTE-T-IL ?

---

Le dossier d'entrée comprend 3 volets :

- **VOLET 1** "demande d'entrée"
- **VOLET 2** "fiche autonomie"
- **VOLET 3** "fiche médicale"

## ❶ VOLET 1 "DEMANDE D'ENTRÉE"

Remplissez ce volet avec l'aide éventuelle d'un membre de votre famille ou de votre entourage.

## ❷ VOLET 2 "FICHE AUTONOMIE"

Remplissez-la avec l'aide d'un professionnel intervenant à votre domicile : assistant (e) social (e), infirmier (ère), aide à domicile...

Les informations portées sur cette fiche permettent une évaluation de vos besoins et de vos attentes.

## ❸ VOLET 3 "FICHE MÉDICALE"

**Ce volet ne concerne que les EHPAD et les USLD et ne doit pas être complété pour une demande d'entrée en LFPA et EHPA.**

Faites-la remplir exclusivement par un médecin (généraliste, spécialiste ou hospitalier).

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, cette fiche confidentielle, destinée au médecin coordonnateur de l'établissement, sera insérée, **sous pli fermé confidentiel**, dans votre dossier d'entrée que vous adresserez à l'établissement choisi :

- pour Grenoble : établissement du choix n° 1,
- hors Grenoble : chacun des établissements choisis.

Compétent en matière de santé publique, le Conseil général lutte contre la tuberculose en instaurant un dépistage de la tuberculose chez les personnes âgées à l'entrée en établissement.

Une prescription pour une radiographie pulmonaire de face vous sera délivrée par le médecin qui remplira votre fiche. Vous devrez remettre ce cliché lors de votre admission en établissement.

## > COMMENT L'UTILISER ?

---

### ■ Si vous souhaitez être accueilli(e)

#### > **DANS UN ÉTABLISSEMENT SITUÉ À GRENOBLE**

Remplissez un dossier de demande d'entrée et déposez-le dans l'établissement que vous placez en choix n° 1 parmi les 10 choix possibles. Votre dossier sera automatiquement transmis aux autres établissements grenoblois que vous avez choisis.

#### > **DANS UN ÉTABLISSEMENT SITUÉ HORS DE GRENOBLE**

Remplissez un dossier, photocopiez les volets 1 "demande d'entrée", 2 "fiche autonomie" et 3 "fiche médicale" et déposez-les dans les établissements de votre choix.

#### Dans les deux cas :

- Le rang d'inscription de l'établissement sur la liste (1 à 10) n'équivaut pas à un numéro de traitement de votre demande d'entrée,
- Vous devez informer les établissements listés **de tout changement ou évolution de votre situation**.
- Passé un délai de six mois sans nouvelle des établissements sollicités, vous devez impérativement contacter les établissements par ordre de choix, pour prendre connaissance de la situation de votre dossier sur la liste d'attente.

#### **ATTENTION**

Le "**dossier de précaution**" consiste à déposer une inscription dans une structure sans toutefois être prêt à entrer rapidement. Il vous permet de préparer plus sereinement l'entrée en institution. Cette démarche ne vous oblige pas à accepter une place lorsqu'on vous la propose. Vous avez tout à fait le droit de la refuser si vous n'êtes pas prêt.

## ➤ CONSEILS PRATIQUES

---

### Où se procurer un dossier d'entrée ?

Vous pouvez vous le procurer :

■ En version "papier" :

- auprès de la mairie de votre lieu de domicile, ou éventuellement du centre communal d'action sociale (CCAS) de votre commune,
- auprès du service autonomie de la Maison du Conseil général de votre territoire (voir coordonnées au dos),
- auprès de chaque établissement pour personnes âgées isérois,
- à la Maison départementale de l'autonomie (à compter du 15 novembre 2008).

■ En version "informatique" :

- à télécharger sur le site internet du Conseil général de l'Isère : [www.isere.fr](http://www.isere.fr)

### Où se procurer des renseignements ou des informations complémentaires ?

- à la Maison de l'autonomie du département de l'Isère (à compter du 15 novembre 2008),
- sur le site internet du Conseil général de l'Isère : [www.isere.fr](http://www.isere.fr)
- auprès du service autonomie des Maisons du Conseil général (voir liste au dos).

### Quelles sont les aides financières possibles ?

■ **LES AIDES AU LOGEMENT** (aide sociale au logement, aide personnalisée au logement)

**Où s'adresser ?**

- à la Caisse d'allocations familiale de votre domicile (Grenoble ou Vienne)
- à la Caisse de mutualité sociale agricole

■ **L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) EN ÉTABLISSEMENT VERSÉE PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ISÈRE :**

**Où s'adresser ?**

- à la mairie de votre domicile
- au service autonomie de la Maison du Conseil général de votre territoire.

■ **L'AIDE SOCIALE A L'HÉBERGEMENT VERSÉE PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ISÈRE :**

**Où s'adresser ?**

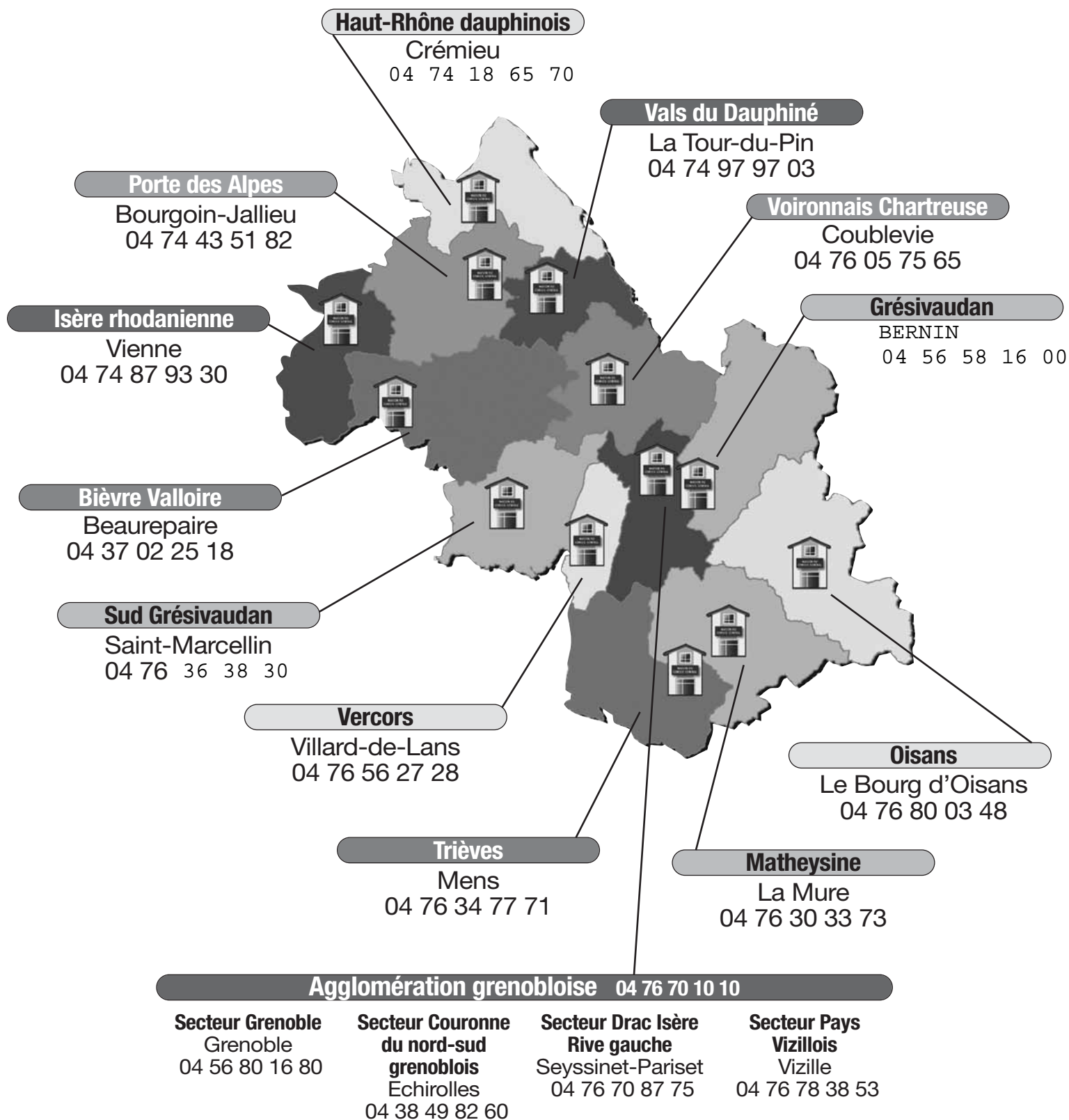
- à la mairie de votre domicile
- au service autonomie de la Maison du Conseil général de votre territoire

■ **DES AIDES DES CAISSES DE RETRAITES, DE MUTUELLES ET DE PRÉVOYANCE PEUVENT ÉVENTUELLEMENT VOUS ÊTRE ATTRIBUÉES POUR PARTICIPER A VOS FRAIS D'HÉBERGEMENT :**

**Où s'adresser ?**

- auprès du service social de vos caisses.

## Les 13 maisons du Conseil général de l'Isère et leurs services Autonomie/Solidarité



# DOSSIER UNIQUE

## DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

NOTICE EXPLICATIVE A USAGE DES PROFESSIONNELS

### > UN DOSSIER UNIQUE : POURQUOI ?

Pour simplifier les démarches administratives des personnes âgées et de leur famille et faciliter le traitement de leur demande, le Conseil général de l'Isère a créé un dossier unique de demande d'entrée en établissement, commun à tous les établissements hébergeant des personnes âgées du département de l'Isère :

- Logements Foyers pour Personnes Agées (LFPA)  
et établissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)
- Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

### > COMMENT SE PRÉSENTE-T-IL ?

Le dossier d'entrée comprend 3 volets :

- **VOLET 1** "demande d'entrée"
- **VOLET 2** "fiche autonomie"
- **VOLET 3** "fiche médicale"

#### ① VOLET 1 "DEMANDE D'ENTRÉE"

Ce volet sera rempli par la personne âgée ou un membre de sa famille

#### ② VOLET 2 "FICHE AUTONOMIE"

Elle sera remplie par la personne âgée ou sa famille avec l'aide éventuelle d'un professionnel intervenant à domicile : assistant (e) social (e), infirmier (ère), aide à domicile...

Les informations portées sur cette fiche permettent une évaluation des besoins et des attentes de la personne âgée.

#### ③ VOLET 3 "FICHE MÉDICALE"

Ce volet ne concerne que les EHPAD et les USLD et ne doit pas être complété pour une demande d'entrée en LFPA et EHPA.

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, cette fiche médicale confidentielle sera remplie exclusivement par un médecin (généraliste, spécialiste ou hospitalier).

Destinée au médecin coordonnateur de l'établissement, elle sera insérée, **sous pli fermé confidentiel**, dans le dossier envoyé à l'établissement choisi :

- pour Grenoble : établissement du choix n° 1
- hors Grenoble : chacun des établissements choisis

Compétent en matière de santé publique, le Conseil général lutte contre la tuberculose en instaurant un dépistage de la tuberculose chez les personnes âgées à l'entrée en établissement.

Une prescription pour une radiographie pulmonaire de face devra être délivrée par le médecin remplissant cette fiche médicale en vue d'une remise du cliché lors de l'admission de la personne âgée en établissement.



## > COMMENT FONCTIONNE-T-IL ?

---

### ■ Si la personne âgée souhaite être accueillie :

> **DANS UN ÉTABLISSEMENT SITUÉ À GRENOBLE** : remplir un seul dossier de demande d'entrée et le déposer dans l'établissement listé en choix n° 1 parmi les 10 choix possibles. Le dossier sera automatiquement transmis aux autres établissements grenoblois que le demandeur a coché.

> **DANS UN ÉTABLISSEMENT SITUÉ HORS DE GRENOBLE** : remplir un seul dossier, puis photocopier les volets 1 "demande d'entrée", 2 "fiche autonomie" et 3 "fiche médicale" selon le nombre d'établissements sélectionnés et les déposer dans chacun des établissements choisis.

#### Dans les deux cas :

- Le rang d'inscription de l'établissement sur la liste (1 à 10) n'équivaut pas à un numéro de traitement de la demande d'entrée.
- Les personnes âgées ou leur famille devront informer les établissements listés **de tout changement ou évolution de leur situation.**
- Passé un délai de six mois sans nouvelle des établissements sollicités, les personnes âgées ou leur famille devront impérativement contacter les établissements par ordre de choix pour prendre connaissance de la situation de leur dossier sur la liste d'attente.
- C'est toujours le directeur d'établissement qui décide "in fine" de l'admission d'une personne âgée : **le dossier unique d'entrée n'est pas un dossier d'admission mais un dossier de demande d'entrée en établissement.**

## > LE DOSSIER UNIQUE : UN OUTIL ÉVOLUTIF

---

### ■ 1/ Une évaluation de mise en œuvre programmée

Des bilans de mise en œuvre seront effectués après trois mois, puis un an d'utilisation.

Les professionnels utilisateurs sont invités à participer activement à cette évaluation en communiquant leurs remarques et en signalant tous problèmes rencontrés.

### ■ 2/ Les évolutions envisagées

- Mise en œuvre d'un traitement informatisé du dossier unique,
- Création d'un observatoire de l'offre et de la demande pour éclairer les choix des décideurs pour une meilleure adéquation de l'offre d'accueil par rapport à la demande,
- Création de commissions territoriales de préparation à l'entrée en établissement pour renforcer la coordination autour de la personne, la connaissance mutuelle des établissements et développer leur complémentarité.

## > CONSEILS PRATIQUES

---

### ■ Où se procurer un dossier d'entrée ?

Vous pouvez vous le procurer :

#### • En version "papier" :

- auprès des mairies, ou de leur centre communal d'action sociale,
- auprès du service autonomie de la maison du Conseil général de votre territoire,
- à la Maison départementale de l'autonomie (à compter du 15 novembre 2008),

#### • En version "informatique" :

- à télécharger sur le site internet du Conseil général de l'Isère : [www.isere.fr](http://www.isere.fr)