

Maison de  
retraite  
médicalisée



LE SANDRON

### **DOCUMENTS A FOURNIR POUR COMPLETER LE DOSSIER D'ADMISSION**

- Photocopie livret de famille
- Photocopie attestation carte vitale à jour
- Photocopie mutuelle année en cours
- Photocopie dernier avis d'imposition ou non-imposition
- Photocopie carte d'identité
- Photocopie du relevé de banque où figure les retraites et pensions
- Si vous disposez d'une évaluation de la dépendance récente (GIR)

Merci de bien vouloir nous le préciser et joindre si possible le document l'attestant

Tout dossier incomplet ne sera transmis pour être examiné et positionné sur une liste d'attente.

Ministère des affaires sociales et de la santé

**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 (3 pages) RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC .)
- ° UN VOLET MEDICAL (2 pages), 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 D'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 .

DEPARTEMENT DE L'ARDECHE

DIRECTION DE L'AUTONOMIE PA/PH - SERVICE GESTION DES DROITS ET PRESTATIONS

**DIVERS BAREMES A COMPTER DU 1er JANVIER 2019**

**AIDE SOCIALE HEBERGEMENT PERSONNES AGEES**

**ALLOCATION DE SOLIDARITE AUX PERSONNES AGEES**

	montant mensuel	montant trimestriel	montant annuel	Décret n° 2018-227 du 30 mars 2018 circulaire CNAV 2019-4 du 9 janvier 2019
personne seule	<b>868,20 €</b>	2 604,60 €	10 418,40 €	
couple	1 347,88 €	4 043,64 €	16 174,59 €	

**ARGENT DE POCHE LAISSE A DISPOSITION DES PERSONNES ACCUEILLIES EN ETS PERSONNES AGEES**

	montant mensuel	montant trimestriel	mode de calcul
maison de retraite et USLD	<b>104,00 €</b>	312,00 €	1/100ème du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), arrondi à l'euro le + proche
logement-foyer	<b>160,00 €</b>	480,00 €	montant fixe
personnes ayant été auparavant accueillies en éts personnes handicapées ou ayant un taux d'incapacité minimum de 80 % reconnu avant l'âge de 65 ans	<b>258,00 €</b>	774,00 €	30% du montant mensuel de l'AAH arrondi à l'euro le + proche

**AIDE POUR PAIEMENT COTISATIONS ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE OU AUTRES FRAIS**  
(délibération du Conseil Général du 14 décembre 2004)

	mensuel	trimestriel	annuel	mode de calcul (mensuel)
montant maximum de l'aide attribuée sous la forme d'une augmentation de l'argent de poche	<b>52,00 €</b>	156,00 €	<b>624,00 €</b>	6 % du montant mensuel de l'ASPA arrondi à l'euro le + proche

**APA EN ETABLISSEMENTS**

	mensuel	annuel	mode de calcul	montant mensuel de la majoration pour tierce personne sécurité sociale (MTPSS)
montant de ressources à partir duquel la participation dépendance du résident est modulée à la hausse	<b>2 472,04 €</b>	29 664,48 €	2,21 fois la MTPSS	1 118,57 €

**AIDE MENAGERE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE (DOMICILE)**

	personne seule	ménage	mode de calcul
plafond de ressources mensuelles	<b>868,20 €</b>	1 347,88 €	même plafond que celui requis pour le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

**AIDE SOCIALE HEBERGEMENT PERSONNES HANDICAPEES**

**ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH)**

montant mensuel (tx plein)	<b>860,00 €</b>	décret 2018-948 du 31-10-2018
----------------------------	-----------------	-------------------------------

**MONTANT MINIMUM MENSUEL DES SOMMES A LAISSER A DISPOSITION DES PERSONNES HEBERGEES EN ETABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPES**

travailleurs (50 % AAH)	non travailleurs (30 % AAH)
430,00 €	258,00 €

# DÉPARTEMENT DE L'ARDÈCHE

Solidarités, Education, Jeunesse  
Autonomie des Pers. Agées et des Pers. Handicapées  
Etablissements

Jean-Michel BADEL  
BP 737  
07007 Privas Cedex  
jmbadel@ardeche.fr

## ARRÊTÉ n°2018-392

**Portant fixation, au titre l'année 2019, des tarifs afférents à la dépendance et du forfait global dépendance de l'EHPAD Le Sandron à Ucel**

**LE PRESIDENT,**

**VU** le Code Général des Collectivités Territoriales, notamment l'article L. 3221-9 ;

**VU** le Code de l'Action Sociale et des Familles – livre troisième, notamment, les articles L. 312-1, L. 313-12, L. 314-1 et suivants ;

**VU** le Code de l'Action Sociale et des Familles – partie réglementaire, livre troisième, notamment les articles R. 314-1 et suivants ;

**VU** l'arrêté n°2018-367 portant fixation, au titre de l'année 2019, de la valeur du point groupe iso-ressources (GIR) départemental ;

**VU** l'arrêté conjoint ARS n°2016-7493 Conseil Départemental n° 2017-144 en date du 3 janvier 2017 portant renouvellement de l'autorisation délivrée au CCAS d'Ucel pour le fonctionnement de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées « RESIDENCE LE SANDRON » situé à UCEL ;

**VU** la convention du 11 décembre 2009 relative aux modalités de paiement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en établissements ardéchois et drômois, conclue entre les Départements de l'Ardèche et de la Drôme,

**CONSIDERANT** le Gir Moyen Pondéré de l'établissement fixé à 609 ;

**CONSIDERANT** l'activité prévisionnelle « réelle » retenue à 29 820 journées ;

**SUR LA PROPOSITION** de la Directrice Générale Adjointe Solidarités, Education, Jeunesse;

## ARRETE

ARTICLE 1 : A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, le forfait global dépendance alloué à l'EHPAD RESIDENCE LE SANDRON à UCEL est fixé comme suit :

<b>Forfait Global Dépendance</b>	<b>480 047,47 €</b>
<b>Dont reprise de résultats antérieurs</b>	<b>0,00 €</b>

ARTICLE 2 : Les tarifs afférents à la dépendance, applicables aux résidents âgés de 60 ans et plus de l'EHPAD RESIDENCE LE SANDRON à UCEL sont fixés comme suit :

		<b>Tarifs à compter du 01/01/2019</b>
Résident de plus de 60 ans	GIR 1 et 2	<b>20,82 €</b>
	GIR 3 et 4	<b>13,21 €</b>
	GIR 5 et 6 (ticket modérateur)	<b>5,61 €</b>

ARTICLE 3 : A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la dotation globale afférente à la dépendance, apportée par le Conseil Départemental de l'Ardèche, est fixée comme suit :

<b>Dotation globale annuelle</b>	<b>301 668,00 €</b>
<b>Quote-part mensuelle à verser par douzième</b>	<b>25 139,00 €</b>
<i>Quote-part Ardèche</i>	<i>301 668,00 €</i>
<i>Quote-part Drôme</i>	<i>,00 €</i>

Conformément aux dispositions prévues au II de l'article L. 232-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, attribuée aux ressortissants du Département de l'Ardèche, sera versée directement à l'établissement d'accueil sous forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie, attribuée par les départements extérieurs à leurs ressortissants et servie de manière individualisée, sera également directement versée à l'établissement d'accueil, en application du 7<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 232-8 susvisé

ARTICLE 4 : En cas d'absence pour convenances personnelles, sous réserve d'information préalable conformément au délai défini au contrat de séjour, ou en cas d'absence pour hospitalisation avec hébergement, le tarif dépendance restant à la charge du résident n'est pas facturé.

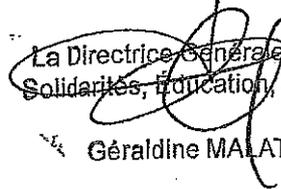
ARTICLE 5 : Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de LYON (184 rue Duguesclin – 69433 LYON CEDEX 03) dans le délai franc d'un mois qui court à compter de la date de publication de la décision attaquée ou à l'égard des personnes et organismes auxquels elle est notifiée à compter de la date de notification.

ARTICLE 6 : La Directrice Générale Adjointe Solidarités, Education, Jeunesse et Monsieur le Président du Centre Communal d'Action Sociale d'UCEL, sont chargés, chacun en ce qui le

concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs du Département de l'Ardèche.

Fait à Privas le 28 DEC. 2018

P/Le Président et par délégation  
La Directrice Générale Adjointe Solidarités,  
Education et Jeunesse

  
La Directrice Générale Adjointe,  
Solidarités, Education, Jeunesse,  
Géraldine MALATIER

Reçu à la Préfecture le 10 JAN. 2019  
Notifié le  
Identifiant de télétransmission : 161202



## **ARRETE**

**ARTICLE 1 :** Le tarif journalier hébergement (par personne), applicable aux résidents de l'EHPAD RESIDENCE LE SANDRON à UCEL est fixé ainsi qu'il suit :

	Tarifs applicables à compter du 1 <sup>er</sup> mars 2019
Tarif journalier hébergement Permanent + de 60 ans. Chambre simple	49,51 €
Tarif journalier hébergement Permanent+ de 60 ans. Chambre double	36,65 €
Tarif journalier hébergement Permanent moins de 60 ans	59,12 €

\*dont part hébergement 48,12 € et part dépendance 11,00 €

**ARTICLE 2 :** Pour l'exercice 2019, les charges brutes de la section d'exploitation hébergement de l'EHPAD RESIDENCE LE SANDRON à UCEL sont autorisées comme suit :

Charges brutes autorisées	1 622 178,00 €
Reprise de déficit	0,00 €
TOTAL CHARGES autorisées	1 622 178,00 €
TOTAL PRODUITS	1 622 178,00 €

**ARTICLE 3 :** En cas d'absence pour hospitalisation ou autre motif de plus de 72h, le tarif hébergement est minoré du montant du forfait journalier hospitalier en vigueur.

**ARTICLE 4 :** L'aide sociale à l'hébergement servie par le Département de l'Ardèche est maintenue jusqu'à 60 jours consécutifs d'absence du bénéficiaire pour cause d'hospitalisation ou 35 jours consécutifs d'absence pour un autre motif.

**ARTICLE 5 :** Le présent arrêté est susceptible d'être contesté dans un délai d'un mois à compter de sa notification ou de sa publication auprès du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de LYON (184 rue Duguesclin – 69 433 LYON Cedex 03).

**ARTICLE 6** : La Directrice Générale Adjointe Solidarités, Education et Jeunesse, Le Président du Centre Communal d'Action Sociale d'UCEL sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs du Département de l'Ardeche.

Fait à Privas le 18 FEV. 2019

P/Le Président et par délégation  
La Directrice Générale Adjointe Solidarités,  
Education et Jeunesse.

La Directrice Générale Adjointe,  
Solidarités, Education et Jeunesse,

Géraldine MALATIER



Reçu à la Préfecture le  
Notifié le 19 FEV. 2019  
Identifiant de télétransmission :



**CACHET DE L'ETABLISSEMENT**  
(obligatoire)

**DATE D'ENTREE EN ETABLISSEMENT :**

**FICHE DE LIAISON ET D'INFORMATION**

**NOM ET PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**ADRESSE (avant la 1<sup>ère</sup> entrée en Etablissement) :**

**CERTIFIE ETRE BENEFICIAIRE DE LA PRESTATION SOCIALE A DOMICILE SUIVANTE :**

- A.P.A. (Allocation Personnalisée d'Autonomie)**
- P.C.H. (Prestation de Compensation du Handicap)**
- A.C.T.P. (Allocation Compensatrice Tierce Personne)**
- Aide ménagère au titre de l'aide sociale**

**SERVIE PAR LE DEPARTEMENT DE L'ARDECHE**

**ET DECLARE ENTRER EN ETABLISSEMENT LE :**

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

A ....., le

signature

**FICHE A RETOURNER A L'UNITE TERRITORIALE COMPETENTE QUI VOUS A NOTIFIE LA DECISION D'A.P.A., DE P.C.H., D'A.C.T.P., OU D'AIDE-MENAGERE :(adresses au dos de la feuille)**

# DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 pages)

## 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 (Par exemple, événement familial récent, décès du conjoint ...) :

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL <sup>1</sup>

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 \_\_\_\_\_

1 En cas de mesure de protection juridique

## 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 d'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.

## PERSONNE DE CONFIANCE <sup>1</sup>

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>2</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

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> Personne désignée conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

<sup>2</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (2 pages)**

**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**  OUI  NON **ALLERGIES**  OUI  NON Si oui, préciser

------------------

**CONDUITES A RISQUE**  OUI  NON

**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**

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cécité <input type="checkbox"/>
Surdité <input type="checkbox"/>

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---

**REEDUCATION**

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

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

----------

**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		

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

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)		

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

Maison de  
retraite  
médicalisée



LE SANDRON

NOM DU RESIDENT.....

Merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes afin que nous puissions compléter par la suite votre dossier d'entrée.

Le Résident peut-il gérer lui-même son courrier ? Oui   
Non

Si non à qui devons- nous adresser le courrier et les factures .....

Souhaitez-vous le téléphone dans la chambre ? OUI   
NON

Le marquage du linge coûte 15€ payable une seule fois valable pendant toute la durée du séjour. Voulez-vous faire marquer votre linge par l'établissement ?

OUI   
NON

Quelle est la commune de résidence du locataire.....

S'agit-il de la commune où il vote ? OUI   
NON

Si non merci de nous préciser votre commune de vote .....

Accepteriez-vous une chambre double avec une personne du même sexe

OUI   
NON

Avez-vous un Notaire de famille ? précisez ses coordonnées ?

Avez-vous signé un contrat obsèque ? si oui avec qui ?.....

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes  
1 impasse du Sandron 07200 UCEL



04 75 37 60 25



accueil1@le-sandron.fr

## TROUSSEAU A FOURNIR LORS DE L'ENTRÉE DU RÉSIDENT

Choisir du linge d'entretien simple (lavage et séchage en machine), le linge délicat (mohair, laine, soie, etc.) reste à la charge de la famille du résident.

*Le linge doit être marqué par l'établissement environ 15 jours avant l'admission.*

- 4 Jupes
- 5 Robes
- 4 Combinaisons
- 5 Tricots de corps
- 5 Pantalons
- 5 Chemisiers, chemises
- 4 Pulls
- 4 Gilets
- 1 Robe de chambre
- 7 Chemises de nuit, pyjamas, caracos
- 12 Culottes, slips
- 6 Soutien-gorge
- 12 Chaussettes, bas, collants
- 1 Manteau, Blouson d'hiver
- 1 Veste demi-saison
- 2 Pantoufles style charentaise
- 2 Chaussures avec bon maintien du pied
- 10 Gants de toilette
- 10 Serviettes de toilette, draps de bain
- Shampoing
- Savon, Gel douche
- Rasoir
- Mousse ou gel à raser
- Peigne, brosse
- Brosse à dents et dentifrice
- Pastilles pour appareil dentaire

Et tout ce que vous jugerez utile.

Compléter + joindre RIB

**DEMANDE DE PRELEVEMENT**

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRENOMS et ADRESSE du DEBITEUR

DESIGNATION de l'ETABLISSEMENT TENEUR du COMPTE à DEBITER

COMPTE à DEBITER

Banque :  
Guichet :  
Compte :  
Clé :

NOM et ADRESSE du CREANCIER

Nom :  
Adresse :  
Code Postal et Ville :

Date :

Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT**

Numéro national d'émetteur :

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOMS et ADRESSE du DEBITEUR

NOM et ADRESSE du CREANCIER

Nom :  
Adresse :  
Code Postal et Ville :

COMPTE à DEBITER

Banque :  
Guichet :  
Compte :  
Clé :

NOM ADRESSE ETABLISSEMENT TENEUR COMPTE à DEBITER

Nom :  
Adresse :  
Code Postal et Ville :

Date :

Signature :

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).