



**cerfa**  
N° CERFA 14732\*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE  
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de dépôt :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ**

<b>Hébergement permanent</b>	<b>Hébergement temporaire</b>
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

<b>Accueil de jour</b>	<b>Accueil de nuit</b>
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**Commentaire de l'établissement**

## 2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

**Attention :** Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

### Constitution du dossier :

#### Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

#### Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes<sup>1</sup> :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
  
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité
  
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
  
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

**Vous pouvez également consulter le site internet [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.**

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

**NB :** Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

<sup>1</sup> Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

# DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

## 1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

**Civilité :** Monsieur  Madame

Nom d'usage   
Nom de naissance   
Prénom(s)

Date de naissance           Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

**Situation familiale** (cocher la mention utile)

Célibataire  Vie maritale  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (vé)  Séparé(e)  Divorcé(e)

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

Présence d'un aidant<sup>1</sup> : OUI  NON

Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> : OUI  NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI  NON

## 2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile  Chez enfant/proche  Résidence autonomie  Résidence service seniors  Long séjour   
EHPAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

<sup>2</sup> La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

**Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ?** (cocher la mention utile)

SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  Accueil de jour  HAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)<sup>4</sup> ? OUI  NON

**Contexte de la demande d'admission** (Toute information utile à préciser)

**3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

- La personne concernée elle-même : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage \_\_\_\_\_  
Nom de naissance \_\_\_\_\_  
Prénom(s) \_\_\_\_\_

**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard \_\_\_\_\_

Code postal      Commune/ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

Nom d'usage \_\_\_\_\_  
Nom de naissance \_\_\_\_\_  
Prénom(s) \_\_\_\_\_

**Adresse**

N° Voie, rue, boulevard \_\_\_\_\_

Code postal      Commune/ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

<sup>4</sup> Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

#### 4. PROTECTION JURIDIQUE

**Mesure de protection juridique** : OUI  NON  EN COURS<sup>1</sup>

Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  non actif

#### **État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale**

**Civilité** : Monsieur  Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement


#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

#### 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

**Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI  NON

Si OUI :

Nom   
Prénom

#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

<sup>2</sup> L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

<sup>3</sup> Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

<sup>4</sup> Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

**6. ASPECTS FINANCIERS** (cocher la mention utile)

**Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?**

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite :  Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI  NON
- Prestation pour tierce personne : OUI  NON

**AUTRES COMMENTAIRES**

<b>Date de la demande :</b> ___ / ___ / ____	
<b>Signature de la personne concernée ou de son représentant légal</b>	

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.

# DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

**Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil**

Demande urgente OUI  NON

**Civilité :** Monsieur  Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

**Médecin qui renseigne le dossier**

**Nom – prénom :**

**Adresse :**

**N° de téléphone :**

**Contexte de la demande** (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile<sup>1</sup>

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : \_\_\_\_\_

Changement d'établissement

**La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée** OUI  NON

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ? OUI  NON

**Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI  NON

**Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)**

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,  
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI  NON

**Coordonnées du médecin spécialiste :**

<sup>1</sup> Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

<sup>2</sup> Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)

**Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques**

**Pathologies actuelles et état de santé<sup>1</sup>**

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

**Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).**

Taille

Poids

Amaigrissement récent<sup>2</sup>

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :  Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles <sup>3</sup>	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

<sup>2</sup> Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

<sup>3</sup> Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).



Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		
	date du dernier prélèvement :		

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Symptômes comportementaux et psychologiques <sup>4</sup>	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe ( <i>morphine, insuline, ...</i> )		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement ( <i>préciser</i> ) :

**Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)**

**Signature, date et cachet du médecin**

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**Le dossier administratif doit impérativement être accompagné du dossier médical, daté et signé par le médecin traitant (si domicile) ou par le médecin du service (si hospitalisation).**

### Dans le cas où le futur résident ne remplit pas lui-même le document

- Le consentement éclairé a-t-il pu être recueilli  oui  non
- La personne concernée est-elle informée de la demande ?  oui  non
- La personne consent-elle à la demande ?  oui  non

### INFORMATIONS DIVERSES

Profession exercée : .....

Propriétaire  locataire  hébergé

Crédits en cours  oui  non

Nom du notaire : .....

Nom des Pompes Funèbres : .....

Existence de dispositions en cas de décès :  oui  non

Si oui, lesquelles (contrat obsèques, enterrement civil ou religieux ... ?)

.....  
.....  
.....

### LISTE DES DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES A JOINDRE

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Une attestation de responsabilité civile
- La taxe foncière si propriétaire
- Un RIB
- Les relevés de compte des 3 derniers mois avec les placements s'il y en a
- Les justificatifs des crédits
- La procuration si mise en place
- La notification MDPH si handicap > 80% avant 60 ans
- L'acte de cautionnement des obligés alimentaires (Art 203 à 210 du Code Civil et Art. L 132-6 et L 132-7 du CASF)
- Liste des obligés alimentaires :

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom/ prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT LE VOLET ADMINISTRATIF

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté ou de relation : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ----/----/----/---- Mail : .....@.....

Signature :

## Check-list

### Prise en charge médicamenteuse

### Admission en EHPAD

Mise à jour : juin 2023

validation Comité stratégique : juin 2023

#### Contexte

L'admission en EHPAD est un épisode clé du parcours de soin. Elle peut être l'occasion de réévaluer et d'optimiser la prise en charge médicamenteuse du nouveau résident.

L'objectif de ce document est d'apporter au médecin coordonnateur un support récapitulatif des principaux points de vigilance à cette étape et de permettre le partage d'informations essentielles concernant le résident. Il pourrait être intégré dans le dossier patient informatisé de l'établissement dans un souci de traçabilité et d'accès facilité à l'information par l'équipe soignante.

<b>Date de réalisation</b>	<b>Identification du résident</b>	<b>Identification du médecin traitant</b>
	Nom :	Nom :
<b>Date(s) de mise à jour</b>	Prénom :	N° téléphone :
	Date de naissance :	e-mail :
	Homonyme(s) dans l'établissement <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>	

#### Statut vaccinal

Oui  Non

Le résident est immunodéprimé   → *Contre-indication vaccins vivants atténués*

Le patient est opposé à la vaccination

Vaccination effectuée ?	Oui (date)		Non/pas d'information	Entretien pré-vaccinal (carnet, consentement)		
				Contre-indication	Ordonnance remise	Date d'injection planifiée
Grippe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dTP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zona	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Non indication <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Allergie(s) médicamenteuse(s)

Non

Oui (préciser auxquels) :  → Allergie(s) renseignée(s) dans le plan de soin Oui  Non

#### Revue de médication

Les informations suivantes sont consultables (Oui), attendues (en cours) ou ne concernent pas le résident (NA) selon son parcours de soin :

Oui	En cours	NA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conciliation médicamenteuse de sortie de l'établissement d'amont
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilan partagé de médication du pharmacien d'officine (de < 1 an) ou données du Dossier Pharmaceutique (via la carte vitale du résident)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ordonnance(s) du médecin traitant en cours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ordonnance(s) du (des) spécialiste(s) disponible(s) en cours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement(s) en automédication recensé(s) → <i>Interroger le résident et son entourage</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conciliation médicamenteuse d'entrée (CM) en EHPAD (NA si CM non réalisées dans l'établissement)

## Identification des résidents à risque ☞ vérifier :

Oui	Non		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cognitifs	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la déglutition	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chute récente (< 1 an)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositif(s) d'inhalation	→ Bonne réalisation des gestes par le patient ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État de déshydratation	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État de dénutrition	Recommandations de suivi état nutritionnel : contrôle une fois par mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisance(s) d'organe(s)	→ <input type="checkbox"/> Rein <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Poumon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pathologie(s) cardio-vasculaire(s) :	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benzodiazépine (ou apparenté) au long cours	→ Selon l'indication, envisager la déprescription
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IPP au long cours	→ Selon l'indication, envisager la déprescription
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analgésique(s) :	→ Indication ? Prescription en « si besoin » ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoire(s) :	→ Indication ? Prescription en « si besoin » ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicament(s) à marge thérapeutique étroite :	
		<i>(anticoagulants, hormones thyroïdiennes, antiépileptiques, digoxine, ...)</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Charge anticholinergique de l'ordonnance élevée (score ACB ≥ 4 ; score CIA > 5)*	

## Données biologiques récentes et significatives

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonction rénale → Formule de Cockroft et/ou CKD-EPI selon les thérapeutiques et profil patient <i>Recommandations de suivi : DFG au moins tous les [DFG/10] mois (exemple : pour un DFG à 50 ml/min, contrôle tous les 5 mois)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilan hépatique
Selon le(s) traitement(s) :		
Oui	Non	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		NFS
		INR
		Kaliémie

## Rappels et outils

### Schémas vaccinaux

- ✓ **Grippe** : une dose annuelle chez les patients âgés de plus de 65 ans
- ✓ **Pneumocoque** : chez les patients à risque d'infection invasive à pneumocoque (patients de plus de 65 ans immunodéprimés et patients à risque du fait d'une pathologie chronique (cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique, diabète)), schéma variable selon vaccination antérieure et niveau de risque
  - Adulte non vacciné : une dose de Prevenar®, puis une dose de Pneumovax®
  - Adulte vacciné depuis plus d'un an avec le Pneumovax® : une dose de Prevenar®13, et une dose de Pneumovax® en respectant un délai de 5 ans après la dernière injection de Pneumovax®
  - Adulte ayant reçu antérieurement la séquence Prevenar®-Pneumovax® : une dose de Pneumovax® en respectant un délai de 5 ans après la dernière injection de Pneumovax®
- ✓ **Zona – Zostavax®** : dose unique entre 65 et 74 ans
- ✓ **COVID-19** : rappel recommandé tous les 6 mois pour les résidents d'EHPAD
- ✓ **dTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)** : une dose tous les 10 ans à partir de 65 ans
- ✓ **Coqueluche** : une dose tous les 10 ans pour les résidents d'EHPAD

### Outils supplémentaires

- Livret thérapeutique gériatrique Région Centre-Val de Loire – OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2023
- Algorithme de déprescription des benzodiazépines – Deprescribing.org, 2018
- Kit « IPP per os chez la personne âgée » – OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2022
- \*Calculateur de charge anticholinergique – OMÉDIT Pays de la Loire, 2021 ([lien](#))
- Recommandations diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus – HAS, 2021

### Glossaire

- dTP : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite
- ACB : Anticholinergic Cognitive Burden (effets indésirables cognitifs des anticholinergiques)
- CIA : Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique (effets indésirables périphériques des anticholinergiques)
- NFS : Numération Formule Sanguine
- INR : International Normalized Ratio

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

- Copie du livret de famille complet ou acte de naissance si célibataire
- Copie de la carte nationale d'identité (recto verso)
- Copie de l'attestation d'Assurance Maladie
- Copie de la carte Mutuelle
- Justificatif de domicile
- Ordonnance de tutelle
- Attestation de responsabilité civile (à demander à votre assureur)
- Copie des justificatifs de toutes les caisses de retraite de l'année précédente (M. et Mme)
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Copie de la taxe foncière si propriétaire
- Justificatif d'allocation de logement si locataire ou numéro d'allocation
- Relevé d'identité bancaire ou postal
- 3 derniers mois de relevés de compte, avec placements s'il y en a
- Justificatifs de crédits s'il y en a
- Procuration si mise en place
- Copie de la notification de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie, aide du Conseil Départemental) ou numéro de dossier le cas échéant : .....
- Notification de MDPH (Maison Départementale du Handicap) a numéro de dossier .....
- Acte de cautionnement solidaire des obligés alimentaires (Aet. 203 à 210 du Code Civil et Art. L1326 et L132-7 du CASF)
- Liste des obligés alimentaires :

Nom/prénom	Lien (parenté/relation)	Adresse	☒