



CENTRE HOSPITALIER DE SARTENE

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCE (UHR) MEDICO-SOCIALE

- EN HEBERGEMENT SEQUENTIEL (séjour jusqu'à apaisement)
 EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE (séjour de répit...)

Document à retourner au **Secrétariat Médical** :

E-Mail : secretariat.medical@ch-sartene.fr

Tél : 04 95 77 95 27

Fax : 04 95 77 95 07

Courrier : Centre Hospitalier de Sartène
A l'attention du Secrétariat Médical
Lieu-dit Cacciabeddu
Route de Grossa - BP 141
20100 SARTENE

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Melle Mme Mr

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Réservé au médecin de l'Etablissement :

Accord

Refus

Motif : _____

Signature et tampon :

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

CE DOSSIER CONCERNE LES PERSONNES SOUFFRANT DE SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX SEVERES CONSECUTIFS D'UNE MALADIE NEURO-DEGENERATIVE QUI ALTERENT LA SECURITE ET LA QUALITE DE VIE DE LA PERSONNE, DES AUTRES RESIDENTS (EHPAD) OU DE SON ENTOURAGE (DOMICILE).

LA PERSONNE SOLLICITANT UNE ENTREE EN EHPAD/UHR DU CENTRE HOSPITALIER DE SARTENE, DOIT FAIRE REMPLIR CE DOSSIER PAR SON MEDECIN.

EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE

LA DEMANDE D'ADMISSION CONCERNE :

↳ **L'HEBERGEMENT SEQUENTIEL (séjour jusqu'à apaisement)**

- L'hébergement en UHR n'est pas définitif, mais la durée de séjour n'est pas déterminée à l'avance. La sortie de l'UHR est conditionnée à l'évolution de l'état de santé du résident. Si l'état de santé du résident (confiné au lit/fauteuil....) ou l'amélioration de son comportement ne nécessite plus des soins justifiant son maintien dans l'Unité (tous les critères du NPI-ES sont inférieurs à 3 pendant un mois), il peut être orienté vers un vers le service d'origine (EHPAD, USLD, domicile) ou un autre lieu de vie.

↳ **L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE (séjour de répit...)**

- Structure de répit pour les aidants du domicile (au maximum 3 mois renouvelable une fois sur 365 jours).

CE DOSSIER COMPREND :

- UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL, A DESTINATION DU SECRETARIAT MEDICAL** DU CENTRE HOSPITALIER DE SARTENE, QUI PERMET D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD/UHR 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.

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

NOM de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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 en UHR :

Hébergement séquentiel 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/SAD¹ Accueil de jour

Autre (précisez)

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

Nom de naissance

(Suivi, s'il y a lieu par le 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

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

Autre personne à contacter :

Nom de naissance

(Suivi, s'il y a lieu par le 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 – VOLET SOCIAL

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 à l'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / /

Caisse (adresse) :

o CMU de base

Ouverture des droits :

Mutuelle :

o Complémentaire CMU

Nom de l'Assistant Social

① N°----- ☎ N°-----

COMMENTAIRES/ DEMARCHES SOCIALES EN COURS

COMMENTAIRES

MEDECIN TRAITANT

NOM Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat Dans les 6 mois Echéance 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.*

DOSSIER MEDICAL - CONFIDENTIEL (page 1 sur 6)PERSONNE CONCERNEE Monsieur Madame NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

MOTIF DE LA DEMANDE

L'EHPAD/UHR accueille les personnes présentant une **pathologie de type Alzheimer ou apparentée présentant des troubles psycho-comportementaux perturbateurs sévères** selon 2 modalités d'hébergement :

➤ **1^{ère} étape : Cocher si les critères médicaux suivants sont respectés :**

(Ces critères sont communs à l'UHR et à l'Hébergement Temporaire)

CRITERES	OUTIL	EVALUATION/RESULTAT
1/ Le DIAGNOSTIC EST POSE (Ex : Maladie d'Alzheimer, Maladies apparentées et/ou démence vasculaire, Démence à corps de Léwy, Démence fronto-temporale, Syndrome de Korsakoff....). Pour l'accueil des moins de 60 ans, il faut signer une dérogation avec la collectivité de Corse	Neurologue, Gériatre, psychiatre (critères DSM IV ou NINCDS-ADRDA): Consultation mémoire, UCC, SSR, unité Alzheimer, unité gériatrique aigue, établissement psychiatrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2/ EVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS	Evaluation neuropsychologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Infaisable
	MMSE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Infaisable
3/ EVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENTS Troubles du comportement sévères à un des items : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, désinhibition, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant	NPIES : score FxG>7.	Réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, score de l'item le plus élevé :
RETENTISSEMENT (SCORE R DU NPIES) :	NPIES : score 5 OU 4 lors de deux évaluations durant le mois précédent.	Réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, valeur des scores les plus élevés :
4/ MOBILITE : C'est-à-dire capables de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5/ ABSENCE DE TROUBLES CONFUSIONNEL AIGUE.	Diagnostic clinique.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Diagnostic non posé

Si tous ces critères ne sont pas réunis, pourquoi selon vous le patient peut-il être orienté vers notre structure ?

DOSSIER MEDICAL - CONFIDENTIEL (page 2 sur 6)

➤ **2ème étape : Indiquer le type d'hébergement souhaité :**

Hébergement séquentiel (séjour jusqu'à apaisement).

Hébergement Temporaire (HT) : Précisez le motif :

- Séjour de répit pour les aidants familiaux,
- Absence des aidants,
- Départ en vacances,
- Travaux dans le logement,
- Séjour de socialisation/animation,
- Séjour de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge de soins de suite,
- Séjour de familiarisation à la vie collective avant entrée en établissement en vue d'un hébergement permanent.
- Séjour en urgence lors d'un déséquilibre temporaire.
- Autres :

AUTRES ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

AUTRES PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

Repas : Normal Haché Mixé

REGIME

DOSSIER MEDICAL - CONFIDENTIEL (page 3 sur 6)**LE PATIENT PORTE T'IL UNE PROTHESE ?**

Si oui,

- Lentilles,
 Lunette,
 Dentier,
 Auditive,
 Autres :

SOINS PALLIATIFS : OUI NON ALLERGIES : OUI NON Si oui, préciser :**CONDUITES A RISQUE :**

	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

BILAN INFECTIEUXPORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE : NE SAIT PAS OUI NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

En cas d'identification de bactéries multi-résistantes, un prélèvement bactériologique est nécessaire avant tout transfert. Joindre si possible à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme.

Taille Poids **FONCTIONS SENSORIELLES :**

	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

RISQUE DE FAUSSE ROUTE : OUI NON **REEDUCATION :** OUI NON Kinésithérapie Orthophonie Autre (*préciser*) :

DOSSIER MEDICAL - CONFIDENTIEL (page 4 sur 6)

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A (Fait)	B (Fait partiel)	C Ne fais pas du tout
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				

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		
Gastrotomie		
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)		

DOSSIER MEDICAL - CONFIDENTIEL (page 6 sur 6)

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**

Empty box for signature and stamp.