



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN USLD

(Unité de Soins de Longue Durée)

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 : ____ / ____ / ____

Coordonnées patient

☐ Melle ☐ Mme ☐ Mr

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Réservé au médecin de l'Etablissement du CH Sartène :

☐ Accord

☐ Refus

Motif : _____

Date et signature :

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

LA SITUATION MEDICALE DES PATIENTS D'USLD REQUIERT « UN SUIVI MEDICAL RAPPROCHE, DES ACTES MEDICAUX ITERATIFS, UNE PERMANENCE MEDICALE, UNE PRESENCE INFIRMIERE CONTINUE ET L'ACCES A UN PLATEAU TECHNIQUE MINIMUM ». EN USLD, L'EXISTENCE D'UNE PRESENCE INFIRMIERE 24 HEURES SUR 24 ET D'UNE PERMANENCE MEDICALE NOCTURNE (SOUS FORME D'ASTREINTE) S'OBSERVE SYSTEMATIQUEMENT DANS CES STRUCTURES.

LES USLD ACCUEILLENENT ET SOIGNENT LES PERSONNES DE MOINS DE 60 ANS ET PLUS, PRESENTANT UNE PATHOLOGIE ORGANIQUE CHRONIQUE OU UNE POLYPATHOLOGIE SOIT ACTIVE, SOIT AU LONG COURT, SOIT SUSCEPTIBLE D'EPISODES REPETES DE DECOMPENSATION. L'USLD PEUT PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AGEE JUSQU'A SA FIN DE VIE.

CETTE ENTREE SE FAIT SUR DOSSIER MEDICAL VALIDE PAR LE MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.

LA PERSONNE SOLLICITANT UNE ENTREE EN USLD DOIT ADRESSER UN DOSSIER AUX ETABLISSEMENTS 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** 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**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN EXERCANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'USLD 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 A L'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.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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

Si oui, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Mandat de protection future ☐

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

Lieu de naissance Pays ou département

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal _____ Commune/Ville _____

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

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 :

Accueil couple souhaité

OUI ☐

NON ☐

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

La personne concernée elle-même

OUI ☐

NON ☐

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

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) : ☐ CMU de base

Ouverture des droits :

Mutuelle : ☐ 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 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

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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)

Repas : ☐ Normal ☐ Haché ☐ Mixé

REGIME

DOSSIER MEDICAL - CONFIDENTIEL

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 INFECTIEUX

PORTAGE 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 ou le faire parvenir lors de l'admission.

Taille

cm

Poids

Kg

FONCTIONS SENSORIELLES :

	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

RISQUE DE FAUSSE ROUTE :

☐ OUI ☐ NON ☐

REEDUCATION :

☐ OUI ☐ NON ☐Kinésithérapie ☐Orthophonie ☐

Autre (préciser) :

DOSSIER MEDICAL - CONFIDENTIEL

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

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI-ES

Date du test :

Fonction de la personne interviewée :

Type de relation avec le patient :

- ☐ **Très proche**/ prodigue des soins quotidiens,
☐ **Proche**/ s'occupe souvent du patient,
☐ **Pas très proche**/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient.

NA = question inadapté (non applicable)			– FxG = Fréquence x Gravité															
ITEMS	NA	Absent	Fréquence					Gravité					F x G	Retentissement				
	☐	0	1	2	3	4	X	1	2	3	=	1		2	3	4	5	
Idées délirantes							X				=							
Hallucinations							X				=							
Agitation/Agressivité							X				=							
Dépression/Dysphorie							X				=							
Anxiété							X				=							
Exaltation de l'humeur/Euphorie							X				=							
Apathie/Indifférence							X				=							
Désinhibition							X				=							
Irritabilité/instabilité de l'humeur							X				=							
Comportement moteur aberrant							X				=							
			SCORE TOTAL 10															
CHANGEMENTS NEUROVEGETATIFS																		
Sommeil							X				=							
Appétit/Troubles de l'appétit							X				=							
			SCORE TOTAL 2															
			SCORE TOTAL 12															

FREQUENCE	
1	Quelquefois : moins d'une fois par semaine
2	Assez souvent : environ une fois par semaine
3	Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4	Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ	
1	Léger : changements peu perturbants pour le patient
2	Moyen : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3	Important : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

RETENTISSEMENT	
1	Pas du tout
2	Perturbation minimum : presque aucun changement dans les activités de routine.
3	Légèrement : quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
4	Assez sévèrement : désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5	Très sévèrement ou extrêmement : très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

NA : Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, coté "NA", et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : la personne interviewée ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coté "NA".

DOSSIER MEDICAL - CONFIDENTIEL

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