



## 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](mailto:secretariat-medical@ch-sartene.fr)

Tél : 04 95 77 95 08

Fax : 04 95 77 95 07

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

Date de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Indentité résident

Nom de naissance : .....

Nom utilisé : .....

1er Prénom : .....

Liste des prénoms : .....

Sexe :  F  M  I

Date de naissance : .....

**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 NON DEFINITIF

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. La durée maximale est fixée à 90 jours, consécutifs ou non, par an. Spécificité de l'HT du CH Sartène : accueil des personnes ayant les mêmes critères que l'UHR car les places d'HT sont installées dans l'unité fermée UHR !

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.**

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

NOM de naissance :

Nom utilisée :

1<sup>er</sup> Prénom :

Liste des prénom(s) :

Date de naissance / /

Lieu de naissance

Pays ou département

Sexe :  F  M  I

Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / /

### 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

Habilitation familiale de représentation  Habilitation familiale de représentation

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

---

### ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Nom de naissance :

Nom utilisée :

1<sup>er</sup> Prénom :

Liste des prénom(s) :

Date de naissance / /

Lieu de naissance

Pays ou département

Sexe :  F  M  I

### 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, joindre le document :

NOM de naissance

Prénom(s)

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

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/SAD  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 :

Nom utilisée :

1<sup>er</sup> Prénom :

Liste des prénom(s) :

Date de naissance / /

Lieu de naissance

Pays ou département

Sexe :  F  M  I

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 :

Nom utilisée :

1<sup>er</sup> Prénom :

Liste des prénom(s) :

Date de naissance / /

Lieu de naissance

Pays ou département

Sexe :  F  M  I

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'ENTRÉE SOUHAITÉE : Immédiat  Dans les 6 mois  Echéance plus lointaine

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE 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 CONCERNÉE**

NOM de naissance

Prénom(s)

Nom utilisée :

Sexe :

 F M I

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<sup>ère</sup> 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
<b>1/ Le DIAGNOSTIC EST POSE</b> (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	<b>Neurologue, Gériatre, psychiatre (critères DSM IV ou NINCDS-ADRDA) :</b> Consultation mémoire, UCC, SSR, unité Alzheimer, unité gériatrique aigue, établissement psychiatrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non .....
<b>2/ EVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS</b>	<b>Evaluation neuropsychologique</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Infaisable .....
	<b>MMSE</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Infaisable .....
<b>3/ EVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENTS</b> 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	<b>NPIES : score FxG&gt;7.</b>	Réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, score de l'item le plus élevé :
<b>RETENTISSEMENT (SCORE R DU NPIES) :</b>	<b>NPIES : score 5 OU 4</b> lors de deux évaluations durant le mois précédent.	Réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, valeur des scores les plus élevé :
<b>4/ MOBILITE :</b> C'est-à-dire capables de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant	-	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>5/ ABSENCE DE TROUBLES CONFUSIONNEL AIGUE.</b>	<b>Diagnostic clinique.</b>	<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,
- 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 INFECTIEUX**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE : 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)**

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

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

<b>SOINS TECHNIQUES</b>	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP,VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

<b>APPAREILLAGES</b>	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

**DOSSIER MEDICAL - CONFIDENTIEL (page 5 sur 6)****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				Retentissement								
	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	X	1	2	3	=	F x G	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				=									
<b>SCORE TOTAL 10</b>																				
<b>CHANGEMENTS NEUROVEGETATIFS</b>																				
Sommeil							X				=									
Appétit/Troubles de l'appétit							X				=									
<b>SCORE TOTAL 2</b>																				
<b>SCORE TOTAL 12</b>																				

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

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

RETENTISSEMENT	
1	<b>Pas du tout</b>
2	<b>Perturbation minimum</b> : presque aucun changement dans les activités de routine.
3	<b>Légèrement</b> : quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
4	<b>Assez sévèrement</b> : désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5	<b>Très sévèrement ou extrêmement</b> : 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 (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.