



# DOSSIER D'ADMISSION EHPAD SOLEYANOU



Année 2019

Une intimité et une vie sociale  
préservées



Soleyanou

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous adresser notre dossier d'admission des EHPAD « SOLEYANOU ». Celui-ci se compose de 2 grandes parties :

**1<sup>ER</sup> partie : Un dossier CERFA** (Réf N° 14732-01)

C'est un formulaire administratif réglementaire. Il s'agit d'un imprimé officiel dont le modèle est fixé par un arrêté. Ce formulaire est obligatoire dans tous les établissements médico-sociaux.

Il est présenté sous deux formes:

- ⇒ Un volet administratif mettant en évidence votre statut (*Aide sociale ou Payant*)
- ⇒ Un volet médical à transmettre au médecin traitant *sous pli confidentiel*

**2<sup>ème</sup> partie : Un dossier SOLEYANOU**

Il vient compléter le dossier CERFA.

Il est souhaitable de le remplir soigneusement car il nous permettra d'évaluer efficacement la situation du futur résident en lui apportant l'accompagnement le plus adapté compte tenu de sa situation.

On y trouve :

- ⇒ Une partie administrative
- ⇒ Une partie médicale

Notre tarif journalier comprend :

**LE PRIX HEBERGEMENT**

Il inclut les prestations d'accueil et d'hébergement, la mise à disposition d'une chambre et salle de bain individuelle, l'entretien des locaux, la restauration en pension complète, l'entretien du linge plat (draps...) et du linge personnel, l'animation, l'administration générale.

**LE TARIF DEPENDANCE**

Il est fixé par le Conseil Départemental pour une durée d'un an. Il est calculé en fonction du niveau moyen de dépendance des résidents mesuré par le GIR.

A noter : Plus la dépendance du résident est élevée, plus le tarif journalier sera élevé :

- le tarif correspondant au **GIR 1-2** est le tarif le plus élevé : les résidents évalués en GIR 1-2 sont considérés comme très dépendants ;
- le tarif correspondant au **GIR 3-4** est le tarif intermédiaire : les résidents évalués en GIR 3-4 sont considérés comme dépendants ;
- le tarif correspondant au **GIR 5-6** est le tarif le moins élevé : les résidents qui sont évalués en GIR 5-6 sont considérés comme autonomes.

Nous espérons que ces informations préalables vous ont été utiles.

L'équipe Soleyanou reste à votre disposition..

Mme Ketty ROMANA  
Directrice des EHPAD Soleyanou



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**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 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 COORDONNATEUR EXERCANT 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 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     OUI     NON     En cours   
    Sauvegarde de justice     Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement 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

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité :    Monsieur             Madame

Nom de famille (de naissance)             Prénom(s)   
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

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

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**

NE SAIT PAS  OUI  NON

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

Taille

Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**

OUI  NON  
Cécité    
Surdité

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

OUI  NON

**REEDUCATION**

OUI  NON  
Kinésithérapie    
Orthophonie    
Autre (préciser)

**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
<b>Transfert</b>				
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 ( <i>cris...</i> )		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Abernants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i> )		
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		
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 ( <i>préciser</i> )		

**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



Soleyanou

**DOSSIER  
D'ADMISSION  
EHPAD  
SOLEYANOU**





Soleyano

## LISTE DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

### ADMINISTRATION

- Fiche de renseignements administratifs remplie.
- Attestation de la carte vitale et de la mutuelle.
- Attestation d'assurance responsabilité civile **(OBLIGATOIRE)**
- Photocopie de la carte d'identité et du livret de famille, une photo d'identité récente.
- Noms, prénoms, adresse, mail et numéros de téléphone de tous les enfants. (*Obligés alimentaires*)
- Photocopie du jugement de tutelle
- Notification d'APA
- Accusé de réception de la demande d'Aide Sociale (AS)
- Justificatif des ressources (dernier avis d'imposition et copies des attestations de pension principale et complémentaire).
- Le formulaire de droit à l'image et l'histoire de vie du futur résident

### SOINS

- Le courrier du médecin coordonnateur concernant le choix du médecin traitant à *remplir*
- L'ordonnance et le bilan sanguin de moins de 3 mois
- La fiche d'hospitalisation et de prescription des médicaments à *remplir*
- Le courrier du service soin concernant le choix des règlements non remboursés



**GRILLE TARIFAIRE 2018\*\***  
**EHPAD SOLEYANOU DU MOULE**

HEBERGEMENT	DEPENDANCE		
85.19 €	GIR 5 -6	GIR 3 - 4	GIR 1 -2
	6.43 €	15.16 €	23.88 €

**GRILLE TARIFAIRE 2018\*\***  
**EHPAD SOLEYANOU DE PORT LOUIS**

HEBERGEMENT	DEPENDANCE		
80.31 €	GIR 5 -6	GIR 3 - 4	GIR 1 -2
	6.98 €	15.74 €	24.80 €

\*\*En attente des arrêtés de prix 2019



Soleyanou

Renseignements Administratifs

**OBLIGATOIRES**

P  
A  
R  
T  
I  
E  
  
A  
D  
M  
I  
N  
I  
S  
T  
R  
A  
T  
I  
V  
E

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de Naissance :**

**Lieu de Naissance :**

Numéro de Sécurité Sociale : ..... Droit jusqu'au.....

Prise en Charge à 100% (ALD)       oui       non

Mutuelle complémentaire       oui       non

Numéro mutuelle..... Droits jusqu'au.....

**RESSOURCE :**

Organisme Payeur	Adresse	Numéro pension	Périodicité	Montant

**TYPE HEBERGEMENT SOUHAITE**

Hébergement permanent

Hébergement temporaire

Période temporaire :

Du.....

Au.....

**STATUT**

PAYANT

AIDE SOCIALE

AIDE SOCIALE AVEC OA

Nombre d'OA :.....

\*OA (Obligé alimentaire)

Les enfants

**PERSONNE DE CONFIANCE REFERENT OU TUTEUR**

( loi 2002-303 du 4 mars 2002)

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

.....

.....

Téléphone fixe :.....

Portable :.....

Mail :.....

TUTEUR

CURATEUR

REFERENT

PERSONNE DE CONFIANCE

**AIDE PERSONNALISE A L'AUTONOMIE (APA)**

**Bénéficiaire APA**

Oui  non

**Si oui :** faire transfert et GIRAGE en établissement

**Si non :** faire une demande d'APA au CD et GIRAGE en établissement

**AIDE AU LOGEMENT**

Oui  non

## HISTOIRE DE VIE

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

.....

.....

Nombre d'enfants, lieux de vie :.....

.....

.....

Environnement familial, visites :.....

.....

.....

Vie professionnelle :.....

.....

.....

.....

Centres d'intérêts,

loisirs :.....

.....

.....

Religion :.....

.....

.....

Fait marquant de la

vie :.....

.....

.....

Petit déjeuner

.....

.....

Déjeuner :.....

.....

.....

Dîner :.....

.....

.....

Aime :.....

.....

.....



Soleyanou

Déteste :.....

.....

.....

Régime:.....

.....

.....

Habitudes de vie, décrire une

journée :.....

.....

.....

Personnalité :.....

.....

.....

Etat psychologique

actuel :.....

.....

.....

.....

Autres :.....

.....

.....

.....

# TROUSSEAU DE TOILETTE



PRODUIT ET LINGE DE TOILETTE	
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Savon, Dentifrice, Shampoing, gel douche</li><li>✓ Peigne, Brosse à dent, brosse à cheveux</li><li>✓ Eau de Cologne, Coton tiges, lime à ongle carton</li><li>✓ 6 Serviettes de toilettes et draps de bain</li><li>✓ 5 gants de toilettes orange (haut)</li><li>✓ 5 gants de toilettes marrons (bas)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Pincettes, épingles à cheveux pour les Dames</li><li>✓ Mousse à raser, rasoir à mains ou électrique (à piles) pour les Messieurs</li><li>✓ Une bassine</li><li>✓ Brosse à ongles</li><li>✓ Verre à dentier</li><li>✓ Colle à dentier</li></ul>

LINGERIE ET VETEMENTS DE NUIT	
<p style="text-align: center;"><u>Pour Monsieur</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ 10 Slips</li><li>✓ 3 Pyjamas</li><li>✓ 1 Peignoirs ou robe de chambre</li><li>✓ 1 Paire de chaussons lavable</li></ul>	<p style="text-align: center;"><u>Pour Dame</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ 10 Culottes</li><li>✓ 3 Chemises de nuit,</li><li>✓ 1 peignoirs ou robe de chambre</li><li>✓ 2 Soutien-gorge</li><li>✓ 1 Paire de chaussons lavable</li></ul>

TENUES DE JOUR	
<p style="text-align: center;"><u>Pour Monsieur</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ 8 Chemises ou teeshirt,</li><li>✓ 6 pantalons ou shorts</li><li>✓ 1 Pull-overs ou gilet</li><li>✓ 1 veste ou imperméable</li><li>✓ 8 Paires de chaussettes</li><li>✓ Ceintures ou paire de bretelles</li><li>✓ 2 Paires de chaussures adaptées</li><li>✓ 1 Chapeau de soleil</li></ul>	<p style="text-align: center;"><u>Pour Dames</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ 8 Chemisiers ou teeshirt</li><li>✓ 6 Jupes/robes ou pantalons</li><li>✓ 1 Gilet</li><li>✓ 4 Paires de chaussettes ou mi-bas</li><li>✓ 1 imperméable,</li><li>✓ 2 Paires de chaussures adaptées sans talon haut.</li><li>✓ 1 Chapeau de soleil</li></ul>

L'ensemble du trousseau du résident ainsi que tout vêtement nouveau doit être **obligatoirement identifié** afin d'éviter toute confusion et toute perte (**nom sur étiquettes brodées et cousues**).  
La famille veillera au renouvellement du linge usagé ou de taille inadaptée, de même qu'au raccommodage.

Nous vous recommandons de garder les objets de valeur (bijoux).  
En cas de perte, l'établissement décline toute responsabilité.  
Un coffre est mis à disposition pour tout argent de poche ou chèque pour règlement divers.



**EHPAD SOLEYANOU**

Mail Direction : [ketty.romana@soleyanou.fr](mailto:ketty.romana@soleyanou.fr)

Mail Accueil : [accueil@orange.fr](mailto:accueil@orange.fr)

# FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

**Personne majeure :**

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

**Personne majeure sous tutelle**

Je soussigné(e)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Représentant (e) légal(e) de :

Nom : .....

Prénom : .....

Résidant à l'EHPAD SOLEYANOU,

**Autorise**

**Refuse**

La prise de photographies dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement,

La diffusion des photographies réalisées pour les usages suivants :

Exposition de photographies au sein de l'établissement

Publication dans le journal ou sur le site internet de l'établissement

Diffusion dans le cadre des articles transmis à la Commune du Moule ou de Port Louis et à la presse locale.

Cette utilisation concerne la durée d'hébergement.

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en fait le droit de retrait des photographies.

Date

Signature

## INFORMATIONS PRATIQUES



### 1/ Choix du médecin traitant

Le médecin coordonnateur intervenant au sein de notre établissement fait partie de l'équipe. Son rôle défini par la législation en vigueur ne lui permet pas d'assurer le suivi médical de vos proches.

Aussi, afin d'assurer le suivi médical de votre proche, vous avez la possibilité de :

- Garder votre médecin traitant
- Choisir un médecin à proximité de l'EHPAD
- Opter pour un médecin intervenant au sein de l'établissement

Il est important que votre décision nous parvienne afin qu'il n'y ait pas d'incidents liés à une absence d'intervention médicale.

### 2/En cas d'hospitalisation la nuit, souhaiteriez-vous être informé

-Au cours de la nuit  OUI  NON

-En début de la matinée  OUI  NON

**3/En cas de prescription de médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale**, souhaiteriez-vous que la pharmacie les délivre (et dans ce cas, vous vous engagez à en assumer le paiement)

Oui, je souhaite payer les médicaments non remboursés

Non, je ne souhaite pas payer les médicaments non remboursés

### **OBLIGATOIRE**

**L'Ordonnance** du Médecin Traitant,  
datant de moins d'un mois

\*\*\*\*\*

**Le bilan sanguin complet** du Médecin Traitant,  
datant de moins d'un mois

## **MATERIEL MEDICAL ET EQUIPEMENT**



### **DES CHAUSSURES ADAPTEES :**

- Attachées au niveau de la cheville et du pied.
- Avec une semelle antidérapante.
- Confortables, pas trop serrées, pas trop grandes.
- Plates, avec un petit talon de 2 à 3 cm.

### **A EVITER :**

- Les tongs
- Les pantoufles
- Les mules
- Les chaussures sans fermetures
- Les chaussures trop grandes ou douloureuses

### **LES DEPLACEMENTS :**

- Une canne ou un déambulateur
- Un fauteuil roulant manuel, en cas de déplacement seul
- Un coussin viscoélastique, pour le confort en longue position assise en fauteuil roulant.

**Afin d'éviter tout risque de perte, nous  
vous remercions de bien vouloir marquer  
les appareillages.**





# Soleyanou

## EHPAD

### Des établissements ouverts pour tous !

Nos EHPAD de Port-Louis et du Moule sont des établissements ouverts et accessibles aux personnes âgées autonomes et dépendantes. Ils ont été spécialement conçus pour accueillir tout type de dépendance notamment des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.

### Une offre d'accueil diversifiée

- L'hébergement permanent
- L'hébergement temporaire pour une durée maximale de 3 mois (périodes pouvant être cumulées par an)
- L'accueil de jour au Moule
- Le PASA (Pôle d'Activité de Soins Adaptés) d'une capacité de 14 places à Port-Louis.

### Les équipes en place

Chaque EHPAD SOLEYANOU élabore son projet d'établissement qui tourne autour de différents axes, notamment : les soins, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, l'hôtellerie et la restauration, la vie sociale.

### Un environnement de qualité et de soins

- Salle de kinésithérapie et d'ergothérapie
- Un Espace Snoezelen
- Salle de balnéothérapie
- Bibliothèque

### Une intimité et une vie sociale préservées

#### NOS COORDONNÉES

EHPAD SOLEYANOU PORT LOUIS  
Zac de Rodrigue  
97117 Port Louis  
0590 47 27 11  
0590 47 36 02

EHPAD SOLEYANOU MOULE  
Sainte Marie d'Arles-Gardel  
97160 Le Moule  
0590 20 06 06  
0590 24 41 22

