



## Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure

SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185 Tél. +33 (0)2 32 36

00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50

E-mail : [hopital.pacy@hopital-pacy.fr](mailto:hopital.pacy@hopital-pacy.fr)

Site internet : <http://www.ch-pacy.fr>

### **BULLETIN DE DEMANDE D'INSCRIPTION EN RÉSIDENCE AUTONOMIE**

La Résidence Autonomie est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) au sens de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Réservé aux personnes âgées autonomes, il poursuit les objectifs suivants :

- Accueillir les personnes âgées valides dans la ville afin de faciliter leur intégration directe dans la vie sociale et rompre la solitude ;
- Promouvoir l'indépendance, la liberté et la solidarité des personnes âgées dans un lieu de vie adapté à leurs besoins ;
- Renforcer la préservation de l'autonomie par un accompagnement approprié et permettre aux Résidents de demeurer dans leur logement tant que leur état de santé est compatible avec les conditions de vie au sein de la résidence ;
- Répondre aux critères de qualité définis par les bonnes pratiques d'accompagnement gérontologique adaptées aux EHPA ;
- Préparer l'admission éventuelle des Résidents en EHPAD.

#### **DESCRIPTION DES LOGEMENTS**

**T1 Bis :** environ 40 m<sup>2</sup> de surface habitable + un balcon de 5 m<sup>2</sup>

**T2 :** environ 47 m<sup>2</sup> de surface habitable + un balcon de 5 m<sup>2</sup>

Le montant des loyers et des charges est arrêté une fois par an. Les charges (eau et chauffage du logement, éclairage et entretien courant des parties communes) sont incluses.

#### **Tous les logements se composent ainsi :**

- un débarras à l'entrée du logement.
- une grande salle avec un coin cuisine comprenant un réfrigérateur, une plaque de cuisson électrique, un évier et un meuble sous évier.
- une chambre.
- une salle de bains avec une douche, un WC et un lavabo.



## Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure

SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185 Tél. +33 (0)2 32 36 00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50

E-mail : [hopital.pacy@hopital-pacy.fr](mailto:hopital.pacy@hopital-pacy.fr)

Site internet : <http://www.ch-pacy.fr>

### Repas du midi :

Ils peuvent être pris soit :

- dans le logement lui-même et préparés par le locataire.
- en salle de restauration au rez-de-chaussée, moyennant un coût de 7.32 € par repas.
- A commander une semaine à l'avance avec les menus distribués par l'hôtesse d'accueil.
- en plateau repas si le locataire est malade ou s'il ne se sent pas bien pour descendre en salle de restauration.

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique  
57 Rue Aristide Briand - BP 61, 27122 PACY SUR EURE Cedex

☎ : 02.32.36.00.39 ☎ : 02.32.36.29.50 ☈ : [hopital.pacy@hopital-pacy.fr](mailto:hopital.pacy@hopital-pacy.fr) Site internet: [www.ch-pacy.fr](http://www.ch-pacy.fr)



## Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure

SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185 Tél. +33 (0)2 32 36

00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50

E-mail : [hôpital.pacy@hôpital-pacy.fr](mailto:hôpital.pacy@hôpital-pacy.fr)

Site internet : <http://www.ch-pacy.fr>

### BULLETIN D'INSCRIPTION

#### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom de naissance (suivi s'il y a lieu du nom d'usage) :

Prénoms :

Adresse :

N° téléphone :

Date et lieu de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

#### SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié le :

Séparé depuis le :

Divorcé depuis le :

Veuf (ve) depuis le :

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand - BP 61, 27122 PACY SUR EURE Cedex

☎ : 02.32.36.00.39 ☎ : 02.32.36.29.50 ☎ : [hôpital.pacy@hôpital-pacy.fr](mailto:hôpital.pacy@hôpital-pacy.fr) Site internet: [www.ch-pacy.fr](http://www.ch-pacy.fr)



## Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure

SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185 Tél. +33 (0)2 32 36 00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50

E-mail : [hopital.pacy@hopital-pacy.fr](mailto:hopital.pacy@hopital-pacy.fr)

Site internet : <http://www.ch-pacy.fr>

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Percevez-vous l'allocation logement ? Si OUI, sous quel numéro

NOM et ADRESSE de l'organisme payeur

### Type du logement actuel

Maison individuelle

Résidence pour Personnes âgées

Appartement

Maison de retraite

Locataire

EHPAD

Propriétaire

Hôpital

### NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE LA DEMANDE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien avec le candidat :

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand - BP 61, 27122 PACY SUR EURE Cedex

**■ : 02.32.36.00.39 ■ : 02.32.36.29.50 ■ : [hopital.pacy@hopital-pacy.fr](mailto:hopital.pacy@hopital-pacy.fr) Site internet: [www.ch-pacy.fr](http://www.ch-pacy.fr)**



## Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand, 27120 Pacy-sur-Eure

SIRET : 26270290500023 – N° FINESS juridique : 270000185 Tél. +33 (0)2 32 36

00 39 – Fax. +33 (0)2 32 36 29 50

E-mail : [hopital.pacy@hopital-pacy.fr](mailto:hopital.pacy@hopital-pacy.fr)

Site internet : <http://www.ch-pacy.fr>

### DOCUMENTS A JOINDRE

#### Documents administratifs :

- Copie du livret de famille
- Carte vitale et son attestation
- Carte mutuelle
- Dernier Avis d'imposition ou non-imposition
- Derniers relevés annuels de toutes les caisses de retraite
- Taxe d'habitation

#### Documents médicaux :

- Le dossier médical joint à faire compléter par le médecin
- La grille AGGIR remplie par votre médecin traitant
- L'outil A.B.C.D.E.F. rempli par votre médecin traitant
- Le formulaire de consentement à entrer en Résidence Autonomie rempli par vos soins

#### Suivi Médical et Paramédical : (FACULTATIF)

- Masseur Kinésithérapeute :

---

- Pédicure :

---

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique

57 Rue Aristide Briand - BP 61, 27122 PACY SUR EURE Cedex

☎ : 02.32.36.00.39 ☎ : 02.32.36.29.50 ☎ : [hopital.pacy@hopital-pacy.fr](mailto:hopital.pacy@hopital-pacy.fr) Site internet: [www.ch-pacy.fr](http://www.ch-pacy.fr)



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

(4 PAGES)

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

Civilité : Monsieur  Madame

Demande urgente OUI  NON

Nom d'usage

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Nom de naissance

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

Nom - Prénom	
Adresse - N° Voie, rue, boulevard	

Adresse - N° Voie,  
rue, boulevard

Code postal

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
-----	-----

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

<b>Déficiences sensorielles<sup>3</sup></b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Si OUI, précisez laquelle :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- visuelle ;</li> <li>- auditive</li> <li>- gustative</li> <li>- olfactive</li> <li>- vestibulaire</li> <li>- tactile</li> </ul>		

<b>Rééducation</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Si OUI, précisez laquelle :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinésithérapie</li> <li>- Orthophonie</li> <li>- Autre (précisez) :</li> </ul>		

**Risque de chute**

**Risque de fausse route**

**Soins palliatifs**

<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	Urinatoire			
	Fécale			
Habillement	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 (morphine, insuline, ...)		

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**

## OUTIL A.B.C.D.E.F.<sup>1</sup>

NOM et prénom du sujet :	Date de l'évaluation : NOM, service et signature de l'évaluateur :		
<b>AUTONOMIE</b>			
Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Version courte		Valeur	Score
Téléphone	Se sert normalement du téléphone	1	/ 1
	Ou Compose quelques numéros très connus	0	
	Ou Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	0	
	N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
	Ou Incapable d'utiliser le téléphone	0	
Score maxi : 1 pt			
Moyens de transport	Utilise les moyens de transport public de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	/ 1
	Ou Organise ses déplacements en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public	0	
	Ou Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	0	
	Déplacements limités en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un	0	
Score maxi : 1 pt			
Traitement	Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	1	/ 1
	Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	0	
	Ou Et incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	0	
Score maxi : 1 pt			
Manipuler l'argent	Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	NA	/ 1
	Gère ses finances de façon autonome	1	
	Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
	Incapable de manipuler l'argent	0	
Score Total (maxi 4 pts) : / 4			
<b>BMI (IMC marqueur de l'état nutritionnel)</b>		Valeur	Score
Amaigrissement involontaire $\geq$ 10% du poids en 6 mois		1	0
Ou BMI (IMC en français) (poids/taille <sup>2</sup> ) $<$ 18,5		/ 1	/ 1
<b>COMORBIDITE (<math>\geq</math> 3 conditions)</b>			
Insuffisance cardiaque		1	0
Insuffisance respiratoire chronique		1	0
Insuffisance rénale chronique (cl Crétatine $\leq$ 30 ml/mn)		1	0
Diabète		1	0
Dépression-Anxiété		1	0
$\geq$ 2 hospitalisations non programmées $\leq$ 6 mois		1	0
<b>DRUGS (Médicaments)</b>			
$\geq$ 10 médicaments par jour		1	0
<b>EQUILIBRE/MARCHE/FRACTURE*</b>			
Une chute (au moins) au cours des 6 derniers mois		1	0
Vitesse de marche sur 4 mètres $<$ 0.65m/seconde (soit $\geq$ 6 secondes)		1	0
Antécédent fracture (poignet, rachis, col fémoral)		1	0
*Si au moins une des 3 conditions est présente, le statut d'équilibre postural doit être considéré comme anormal		1	0
<b>FONCTIONS COGNITIVES</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles cognitifs patents</li> <li>• OU Minicog pathologique, épreuve associant :</li> <li>- Rappel libre immédiat des 3 mots (non côté). Ex : clé, citron, ballon</li> <li>- Test de l'horloge : présenter sur une feuille un cercle de 10cm de diamètre et demander au sujet de :           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) placer tous les chiffres des heures</li> <li>2) dessiner des aiguilles en indiquant une heure sur 2 quadrants opposés (ex : 15h45).</li> </ol> <b>Notation : 2 si totalement réussi, 0 autrement</b> </li> <li>- Rappel différé des 3 mots, éventuellement avec indiqage : 0, 1, 2, ou 3</li> </ul>		1	0
Score global du Minicog : 5 points (un point par mot rappelé et 2 points pour l'horloge réussie, valeur seuil pathologique $<$ 3 pts)		1	0
<b>SYNTHESE</b>			
<b>Caractéristique anormale</b>		<b>Valeur</b>	
A : Autonomie		1	0
B : BMI (état nutritionnel)		1	0
C : Comorbidité		1	0
D : Drugs (médicaments)		1	0
E* : Equilibre		1	0
F : Fonctions cognitives		1	0
TOTAL : / 6			

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique  
57 Rue Aristide Briand - BP 61, 27122 PACY SUR EURE Cedex

Téléphone : 02.32.36.00.39 Fax : 02.32.36.29.50 E-mail : [hôpital.pacy@hôpital-pacy.fr](mailto:hôpital.pacy@hôpital-pacy.fr) Site internet: [www.ch-pacy.fr](http://www.ch-pacy.fr)





## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A L'ADMISSION EN RÉSIDENCE AUTONOMIE

Je soussigné(e) M. Mme ..... , né(e) le ..... , déclare vouloir intégrer une Résidence Autonomie.

J'accepte donc d'emménager dans votre établissement si celui-ci est en capacité de répondre à mes besoins à l'issue de la tenue de la commission d'admission.

Fait à .....

Le.....

Signature :

