

L'inscription sur liste d'attente

Depuis le 1^{er} juin 2012 le dossier de **demande d'admission en EHPAD** est un **modèle unique**, il vous permet de déposer votre demande dans plusieurs établissements différents. Vous pouvez télécharger ce document en bas de page.

1. Comment compléter correctement le dossier d'inscription en EHPAD ?

- Ce document comprend un **volet administratif** qui doit être complété par la personne concernée ou toute autre personne habilitée à le faire
- Le **volet médical** doit être complété, daté et signé par le médecin traitant ou un autre médecin

2. Quelles sont les pièces complémentaires ?

Le dossier doit être accompagné des éléments suivants :

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Les justificatifs des pensions
- Les grilles dévaluation gériatriques
- Les renseignements concernant la vaccination contre la COVID 19

Lors de l'entrée en établissement, des pièces justificatives complémentaires peuvent vous être demandées.

Attention : Ce **dossier de demande d'admission en EHPAD** ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne garantit en aucun cas admission.

3. Quelles sont les aides éventuelles ?

La personne âgée admise en EHPAD (Etablissement Hébergeant Des Personnes Agées Dépendantes) peut bénéficier de différentes aides,

pouvant financer une partie du forfait hébergement. (Toutefois, ces aides sont soumises à diverses conditions, auxquelles il faut répondre.)

- **L'ALLOCATION LOGEMENT** : L'établissement étant conventionné au titre de l'Allocation Logement, une demande sera faite par nos soins, suite à l'admission de la personne âgée, auprès de la Caisse d'Allocations Familiales ou auprès de la M.S.A. (organisme payeur de cette allocation).

- **L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE (APA)** : Une demande d'allocation personnalisée à l'autonomie est à faire par la famille avant l'entrée en structure, le dossier est à demander à la mairie du dernier domicile. Il est à renvoyé au Conseil Départemental concerné.

Il sera complété après l'admission par la feuille de présence et la grille d'évaluation pour la dépendance.

Cette allocation n'est pas rétroactive celle-ci prendra effet à la date du dépôt du dossier d'où l'intérêt de constituer ce dossier en amont permettant alors une prise en charge de la dépendance au 1^{er} jour de l'entrée.

L'APA ne fait pas l'objet d'un recours sur succession.

- **L'AIDE SOCIALE** : La demande d'Aide Sociale est formulée lorsque le ou le résident (e) ou sa famille est dans l'incapacité de financer le forfait hébergement. Suite à l'admission dans l'établissement, une demande pourra être présentée auprès du C.C.A.S. de la mairie du dernier domicile du ou de la résident (e).

Après constitution complète du dossier, le Conseil Départemental définira le montant de l'Aide et la participation éventuelle des débiteurs alimentaires.

En attendant la décision, 90% des ressources de la personne accueillie sont à reverser à l'établissement.

Il faut rappeler que l'Aide Sociale aux personnes âgées est récupérable en totalité au moment de la succession.



cerfa
N°14732*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____	
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____/_____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____/_____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour

EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 2

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom
Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez : _____
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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.

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 de naissance

Prénom(s)

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 difficile¹

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 anticipées² ? 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

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

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 :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² 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

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	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

Maigrissement récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles ³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez)		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ 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		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	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		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

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 :		
Stade :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ 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).

Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

FICHE D'AUTONOMIE
A remplir par la famille ou le médecin traitant

Nom/ Prénom du résident :

Date :

Entourer la situation adéquate

ORIENTATION	Orienté dans le temps	Parfois désorienté dans le temps	Désorienté dans le temps	
	Orienté dans l'espace	Parfois désorienté dans l'espace	Désorienté dans l'espace	
COMPORTEMENT	Comportement adapté	Comportement parfois inadapté : - Possible agitation - Possible agressivité - Risque de fugue	Comportement totalement inadapté - Agitation - Agressivité - Déambulation - Risque important de fugue	
AUDITION appareillé Oui Non	Entend bien	Difficultés minimales dans un environnement bruyant	N'entend que dans certaines situations	Atteintes graves n'entend pratiquement rien
COMMUNICATION	Est compris	Est généralement compris (difficulté à trouver ses mots)	Est parfois compris (capacité limitée à l'expression de demandes concrètes)	Rarement ou jamais compris
	Pas de difficulté de compréhension	Trouble léger de la compréhension	Troubles sévères de la compréhension	Ne comprend pas
VISION appareillé Oui Non	Bonne	Un peu déficiente (ne lit que les gros caractères des journaux)	Déficiente (vision limitée, ne lit pas les titres des journaux, reconnaît les objets)	Non voyant
HUMEUR	Normale	Pensées morbides répétées	Pleurs fréquents	Troubles du sommeil

TOILETTE	Aucune aide	Supervision (surveillance seulement)	Aide partielle	Dépendance totale
HABILLAGE	S'habille seul	Besoin d'aide pour se chausser	besoin d'aide partielle	ne fait pas seul
DEPLACEMENT	Autonome	Canne / déambulateur	Fauteuil roulant	Ne se déplace pas seul
ELIMINATION Protection Jour Nuit	Pas d'incontinence	Incontinence Occasionnelle Urines selles	Incontinence nocturne Urines selles	Incontinence totale Urines selles
CHUTES Barrières au lit Contention au fauteuil	Pas de chute	Démarche instable	A risque de chute	A risque important de chute
ALIMENTATION Appareil dentaire Haut bas	Poids : Taille :	Mange seul Oui Non	Alimentation Normale Hachée Mixée	Troubles de la déglutition Oui Non
MEDICAMENTS	Prend seul	Prend seul si distribution	A faire prendre	
ÉTAT CUTANE Matelas anti - escarres	Pas d'altération	Sensibilité	Lésions	Escarres Ulcères
SOMMEIL	Dort Bien	Dort avec somnifère	Troubles du sommeil	
RESPIRATION	Sans gêne	Essoufflement à la marche	Essoufflement au repos	Oxygénothérapie Appareil de ventilation

EVALUATION GERIATRIQUE GERRI

(A remplir par l'entourage)

NOM PRENOM

SEXE AGE DATE

EXAMINATEUR LIEN DE PARENTE

CONSIGNES

Nous serions intéressés de savoir comment votre parent (proche ou ami), dont vous avez la charge a pu se comporter durant les deux semaines précédents. Essayez de répondre aux questions le plus précisément possible et sachez qu'il n'y a pas de réponses justes ou fausses. Lisez attentivement chaque question et faites une croix dans la colonne qui reflète le plus votre sentiment.

	Presque toujours	Parfois	Jamais	Ne Sait pas
Se souvient du nom du conjoint ou de ceux des enfants vivant avec elle/lui				
Il se rase ou elle se maquille sans aide				
Se prépare le café, le thé ou des repas simples quand il le faut				
Se souvient où sont rangés de petits objets tels que clés, bijoux, portefeuille				
Se plaint d'être triste				
Remuant et agité				
Paye ses factures par chèque				
Se souvient de numéros de téléphone familiaux				
Saisit quelques brèves de nouvelles à la radio ou des fragments d'articles de journaux				
Se plaint d'être désespéré(e) pour son avenir				
Oublie le nom d'objets courants				
Peut répondre aux appels téléphoniques				
S'égare. Quitte sa maison et ne sait plus où il(elle) habite				
Se souvient de détails de conversations interrompues				
Se débrouille avec l'argent pour faire de menues courses à l'épicerie, acheter des journaux ou des cigarettes				
Se plaint que son état s'est aggravé				
Continue à s'occuper de ses "hobbies" favoris				
Ne reconnaît pas des personnes familières				
Répète toujours les mêmes propos au cours des conversations				
Pleurniche				
Se souille les vêtements				

	Presque toujours	Parfois	Jamais	Ne Sait pas
Son apparence physique est sale et négligée				
Son humeur change de jour en jour, heureux un jour, triste le lendemain				
Oublie le jour de la semaine				
Sort de chez lui(elle) vêtu(e) de façon inappropriée				
Comportement embarrassé				
Oublie ce qu'il (elle) cherche				
Oublie des rendez-vous				
Se souvient de noms d'amis intimes				
Agit de façon infantile				
Continue à suivre la radio ou voir le programme de télé favori				
Quand on l'interroge , semble irritable et querelleur				
Ne remplit pas ses tâches quotidiennes				
Réactions vives et nerveuses aux bruits ou lumières soudaines				
A des difficultés de concentration ou des troubles de l'attention				
Est peu sociable avec ses amis.				
Sa mémoire est vacillante, bonne un jour, mauvaise le lendemain				
Se souvient de l'endroit où ses vêtements sont rangés				
Veut faire les choses à sa manière				
Habitudes alimentaires sont perturbées, saute des repas ou en fait deux à la suite				
Se souvient de fermer la porte à clé en quittant la maison				
Maintient des contacts téléphoniques avec ses amis				
Semble facilement ennuyé(e) ou fâché(e)				
Se souvient de prendre ses médicaments				
Se déclare optimiste pour son avenir				
Apparaît joyeux				
Oublie de fermer le gaz				
Paraît amical(e) et gratifiant(e) quand il (elle) discute en famille				
Est obstiné(e) et têtu(e) , par exemple: refuse de prendre ses médicaments				

Recueil de consentement vaccination contre la COVID 19

Nom du résident.....Prénom.....

Etes-vous vacciné contre la COVID 19 ?

OUI merci de nous fournir le certificat de vaccination (obligatoire)

NON merci de remplir le recueil de consentement ci-dessous

Je soussigné(é) Madame, Monsieur.....

Autorise la vaccination contre la COVID 19

n'autorise pas

Autorise la vaccination contre la COVID 19

n'autorise pas

Du protégé majeur M. /Mme

Autorise la vaccination contre la COVID 19

n'autorise pas

De mon parent M. /Mme

Le/...../.....

A

Signature :