



## ***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 gériatrique adaptées aux EHPA ;
- Préparer l'admission éventuelle des Résidents en EHPAD.

### **DESCRIPTION DES LOGEMENTS**

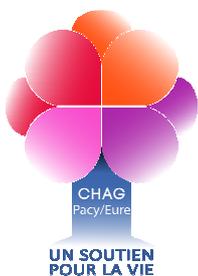
**T1 Bis** : environ 40 m<sup>2</sup> de surface habitable + un balcon de 5 m<sup>2</sup>

**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 Gériatrique

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

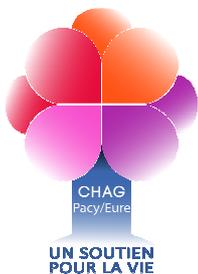
E-mail : [hopital.pacy@hopital-pacy.fr](mailto:hopital.pacy@hopital-pacy.fr)

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 Gériatologique

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 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 :

---

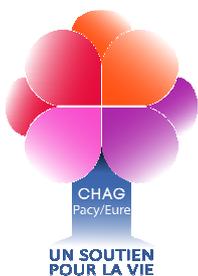
Veuf (ve) depuis le :

---

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gériatologique

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 Gériatrique

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 :

---

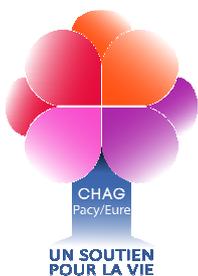
Lien avec le candidat :

---

Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gériatrique

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 Gériatrique

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 :

- La grille AGGIR remplie par votre médecin traitant
- L'outil A.B.C.D.E.F. rempli par votre médecin traitant
- Un courrier du médecin traitant précisant l'aptitude à entrer en Résidence Autonomie, les pathologies en cours et les antécédents médicaux
- La copie de l'ordonnance en cours de validité
- 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 Gériatrique

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 Gériatrique  
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)



CHS  
71, rue Aristide BRIAND  
27122 PACY SUR EURE  
02 32 36 00 39 - Tél - Fax : 02 32 35 25 50  
Code Postal : 27000 EURE

## GRILLE AGGIR

Au 03/05/2017

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Medecin traitant : \_\_\_\_\_

Date naissance : \_\_\_\_\_

Sexe du résident : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

### GIR :

#### Cohérence

**A B C** Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée

#### Orientation

**A B C** Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux

#### Assurer son hygiène corporelle

**A B C** Toilette du haut du corps

**A B C** Toilette du bas du corps

#### Habillage (S'habiller, Se déshabiller et Se présenter)

**A B C** Haut

**A B C** Moyen

**A B C** Bas

#### Alimentation

**A B C** Se servir

**A B C** Manger les aliments préparés

#### Élimination

**A B C** Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire

**A B C** Assurer l'hygiène de l'élimination fécale

#### Transferts

**A B C** Se lever, se coucher, s'assoir

#### Déplacements à l'intérieur

**A B C** Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant

#### Déplacement à l'extérieur

**A B C** A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport

#### Communication à distance

**A B C** Utiliser les moyens de communication : Téléphone, sonnette etc.

#### Commentaires

Nom et signature  
du responsable de service

Nom et signature  
du médecin



## OUTIL A.B.C.D.E.F.<sup>1</sup> : Dépistage de la fragilité

1

D'après le document « Identifier la valence gériatrique d'un sénior » du Professeur CHASSAGNE au CHU de Rouen.  
Adaptation du Dr Hansen, Médecin Coordinateur du Centre d'Hébergement et d'Accompagnement Gérontologique (CHAG)

<b>NOM et prénom du sujet :</b>	<b>Date de l'évaluation :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	<b>NOM, service et signature de l'évaluateur :</b>	
<b>Si Fragilité, merci d'entourer le « F »</b>		
<b>AUTONOMIE</b>		
Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Version courte		
<b>Téléphone</b>	Se sert normalement du téléphone	<b>Si l'un ou l'autre alors Fragilité (F)</b>
	<b>Ou</b> Compose quelques numéros très connus	
	<b>Ou</b> Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	
	N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	
	<b>Ou</b> Incapable d'utiliser le téléphone	
<b>Moyens de transport</b>	Utilise les moyens de transport public de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	<b>Si vrai alors Fragilité (F)</b>
	<b>Ou</b> Organise ses déplacements en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public	
	<b>Ou</b> Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	
Déplacements <u>limités</u> en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un		<b>Si vrai alors Fragilité (F)</b>
<b>Traite-ment</b>	Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	<b>Si l'un ou l'autre vrai alors F</b>
	Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	
	<b>Ou</b> Est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	
<b>Manipuler l'argent</b>	Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	<b>Si l'un ou l'autre vrai alors F</b>
	Gère ses finances de façon autonome	
	Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	
	Incapable de manipuler l'argent	
<b>BMI (IMC marqueur de l'état nutritionnel)</b>		
Amaigrissement involontaire $\geq 10\%$ du poids en 6 mois		<b>Si l'un ou l'autre vrai alors F</b>
<b>Ou</b> BMI (IMC en français) (poids/taillé <sup>2</sup> ) < 18,5		
<b>COMORBIDITE (<math>\geq 3</math> conditions)</b>		
Insuffisance cardiaque		<b>Si 3 vrais alors F</b>
Insuffisance respiratoire chronique		
Insuffisance rénale chronique (cl Créatinine $\leq 30$ ml/mn)		
Diabète		
Dépression-Anxiété		
$\geq 2$ hospitalisations non programmées $\leq 6$ mois		
<b>DRUGS (Médicaments)</b>		
$\geq 10$ médicaments par jour		<b>Si vrai alors F</b>
<b>EQUILIBRE, MARCHÉ, FRACTURE*</b>		
Une chute (au moins) au cours des 6 derniers mois		<b>Si l'un ou l'autre vrai alors F</b>
Vitesse de marche sur 4 mètres < 0.65m/seconde (soit $\geq 6$ secondes)		
Antécédent fracture (poignet, rachis, col fémoral)		
*Si <u>au moins une</u> des 3 conditions est présente, le statut d'équilibre postural doit être considéré comme anormal		
<b>FONCTIONS COGNITIVES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Troubles cognitifs patents</b></li> <li>• <b>OU Minicog pathologique</b>, épreuve associant :               <ul style="list-style-type: none"> <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> </li> </ul> </li> </ul> <p style="margin-left: 20px;"><b>Notation : 2 si totalement réussi, 0 autrement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rappel différé des 3 mots, éventuellement avec indice : <b>0, 1, 2, ou 3</b></li> </ul>		<b>Si l'un ou l'autre vrai alors F</b>
<b>Score global du Minicog</b> : 5 points (un point par mot rappelé et 2 points pour l'horloge réussie, valeur seuil pathologique < 3 pts)		<b>Nombre de « F » entourés :</b>

<b>SYNTHÈSE</b>
Si 1 à 3 F entourés : Fragilité possible
Si 4 à 6 F entourés : Fragilité probable → Evaluation gérontologique à programmer
Si > 6 F entourés : Fragilité certaine → Evaluation Gériatrique dès que possible

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)



## 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 :