



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

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

DESCRIPTION DES LOGEMENTS

T1 Bis : environ 40 m² de surface habitable + un balcon de 5 m²

T2 : environ 47 m² de surface habitable + un balcon de 5 m²

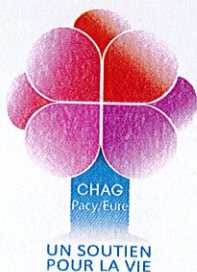
Le montant des loyers et des charges est arrêté une fois par an. Les charges (eau et chauffage du logement, éclairage et entretien courant des parties communes) sont incluses.

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 - BP 61, 27122 PACY SUR EURE Cedex

☎ : 02.32.36.00.39 📠 : 02.32.36.29.50 📧 : hopital.pacy@hopital-pacy.fr Site internet: 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

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 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
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

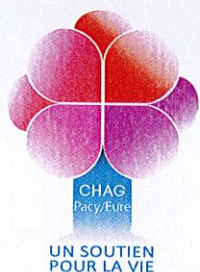
Marié le :

Séparé depuis le :

Divorcé depuis le :

Veuf (ve) depuis le :

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



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:hospital.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:hospital.pacy@hopital-pacy.fr) Site internet: 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
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 :

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

Amaigrissement récent²

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

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

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
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		
	date du dernier prélèvement :		

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		

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 :		

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).

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

Stade :
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



CHLAG
 CH. Aristide BRIAND
 27122 PACY SUR EURE
 02.32.36.00.39 - Tél. Fax: 02.32.36.29.50
 Cédex France - 27300 BUES

GRILLE AGGIR

An 03/05/2017

Nom et prénom :

Médecin traitant :

Date naissance :

Sexe du résident :

Age :

GIR :

Commentaires

Cohérence

A B C Convenir sans effort de 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 plats 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'asseoir

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.

Nom et signature
du responsable de service

Nom et signature
du médecin

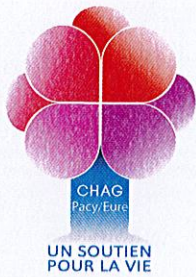


OUTIL A.B.C.D.E.F.¹: Dépistage de la fragilité

¹ D'après le document « Identifier la valence gériatrique d'un séniör » du Professeur CHASSAGNE au CHU de Rouen.

NOM et prénom du sujet :		Date de l'évaluation :	
Date de naissance :		NOM, service et signature de l'évaluateur :	
Si Fragilité, merci d'entourer le « F »			
AUTONOMIE			
Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Version courte			
Téléphone	Se sert normalement du téléphone		Si l'un ou l'autre alors Fragilité (F)
	Ou Compose quelques numéros très connus		
	Ou Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément		
	N'utilise pas du tout le téléphone spontanément		
Moyens de transport	Ou Incapable d'utiliser le téléphone		Si vrai alors Fragilité (F)
	Utilise les moyens de transport public de façon indépendante ou conduit sa propre voiture		
	Ou Organise ses déplacements en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public		
	Ou Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un		
Traitement	Déplacements limités en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un		Si l'un ou l'autre vrai alors F
	Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)		
	Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance		
Manipuler l'argent	Ou Est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance		Si l'un ou l'autre vrai alors F
	Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent		
	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			
BMI (IMC marqueur de l'état nutritionnel)			
Amaigrissement involontaire $\geq 10\%$ du poids en 6 mois		Si l'un ou l'autre vrai alors F	
Ou BMI (IMC en français) (poids/taille ²) $< 18,5$			
COMORBIDITÉ (≥ 3 conditions)			
Insuffisance cardiaque		Si 3 vrais alors F	
Insuffisance respiratoire chronique			
Insuffisance rénale chronique (cl Créatinine ≤ 30 ml/mn)			
Diabète			
Dépression-Anxiété			
≥ 2 hospitalisations non programmées ≤ 6 mois			
DRUGS (Médicaments)			
≥ 10 médicaments par jour		Si vrai alors F	
EQUILIBRE, MARCHÉ, FRACTURE*			
Une chute (au moins) au cours des 6 derniers mois		Si l'un ou l'autre vrai alors F	
Vitesse de marche sur 4 mètres < 0.65 m/seconde (soit ≥ 6 secondes)			
Antécédent fracture (poignet, rachis, col fémoral)			
*Si au moins une des 3 conditions est présente, le statut d'équilibre postural doit être considéré comme anormal			
FONCTIONS COGNITIVES			
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles cognitifs patents • OU Minicog pathologique, épreuve associant : <ul style="list-style-type: none"> - Rappel libre immédiat des 3 mots (non côté). Ex : clé, citron, ballon - 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"> 1) placer tous les chiffres des heures 2) dessiner des aiguilles en indiquant une heure sur 2 quadrants opposés (ex : 15h45). 		Si l'un ou l'autre vrai alors F	
<p>Notation : 2 si totalement réussi, 0 autrement</p> <p>- Rappel différé des 3 mots, éventuellement avec indigage : 0, 1, 2, ou 3</p>			
Score global du Minicog : 5 points (un point par mot rappelé et 2 points pour l'horloge réussie, valeur seuil pathologique < 3 pts)		Nombre de « F » entourés :	

SYNTHÈSE
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



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 :