



DOSSIER D'INSCRIPTION

ÉTABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

Vous envisagez de vous inscrire dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées - EHPA. Afin de faciliter vos démarches, le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) de l'Agglomération Cherbourgeoise, en lien avec les Responsables des EHPA de la Communauté Urbaine de Cherbourg, met à votre disposition un dossier d'inscription commun à tous les établissements de ce territoire.

Ce dossier est composé de deux parties :

- Une fiche administrative
- Un questionnaire médical (à remplir par le Médecin Traitant)

Il vous appartient :

- **De prendre contact avec ces établissements afin que votre demande d'inscription soit prise en compte**

Retrouvez la liste des établissements en fin de dossier.

Vous informerez, par ailleurs, ces établissements de toute évolution de votre situation : désistement, entrée dans une structure, modification de la situation physique, psychique et sociale ...

Si vous souhaitez d'autres informations sur les démarches ou aides possibles, n'hésitez pas à prendre contact avec le CLIC de l'Agglomération Cherbourgeoise qui pourra vous fournir les informations utiles.

Nom :

Prénom :

Date de dépôt du dossier :

Cachet de l'établissement

Etat civil

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance : Département :

Ancienne profession :

Lieu d'habitation

Adresse :

.....
.....

Numéro de téléphone fixe : Numéro de téléphone mobile :

Email :

Situation Familiale

Célibataire Marié (e) / en couple Divorcé (e) / séparé(e) Veuf (veuve)

Vous vivez :

Seul (e) Avec votre conjoint Avec vos enfants

En établissement

Sans aide Avec aide :

Aide à domicile Famille / voisins Infirmière / Service de Soins Infirmiers A Domicile

Raisons de l'inscription

Admission du conjoint en établissement

Choix de vie

Inadaptation du logement

Isolement, insécurité, lien social

Rapprochement familial

Autre :

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

.....
.....

Téléphone :

Sécurité sociale

N° de Sécurité sociale : _____

Caisse d'assurance maladie :

Adresse de la caisse :

Complémentaire santé / mutuelle : Oui Non

Si oui, nom et adresse de l'organisme :

Caisse d'assurance vieillesse :

Caisse de retraite complémentaire (toutes) :

Bénéficiez-vous :

- De l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)

Non Demande en cours

Oui : date du dernier plan d'aide APA :

- D'une Aide au Logement :

Non Oui : APL Allocation logement

CAF ou MSA de :

Numéro d'allocataire :

- De l'aide sociale

Non Oui

- De l'Aide Sociale à l'Hébergement

Non Oui

Environnement social – REPONSE FACULTATIVE

Relations avec le voisinage : Fréquentes Rares Inexistantes

Relations avec la famille : Fréquentes Rares Inexistantes

Faites-vous partie d'une association, d'un club ? Oui Non

Protection juridique

Oui Non Demande en cours

Tutelle Curatelle Sauvegarde justice Mandat protection future

Nom :

Téléphone :

Ressources

Vous disposez de ressources mensuelles de (montant en €) :

.....

Personnes à contacter (la 1^{ère} citée est le référent)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

Numéro de téléphone fixe :

Numéro de téléphone mobile :

Lien de parenté ou qualité :

Email :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

Numéro de téléphone fixe :

Numéro de téléphone mobile :

Lien de parenté ou qualité :

Email :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

Numéro de téléphone fixe :

Numéro de téléphone mobile :

Lien de parenté ou qualité :

Email :

Informations complémentaires

QUESTIONNAIRE MEDICAL (moins de 2 mois)

A adresser sous pli confidentiel

A remplir par le médecin traitant

Rempli le : ___ / ___ / ___

Par (Nom du Médecin) :

Personne concernée

Nom :

Prénom :

MOTIF principal de la demande

Antécédents médicaux et chirurgicaux

.....
.....
.....

Traitement actuel (ou joindre la dernière ordonnance)

.....
.....
.....

Elimination

- Urinaire

- Continence
 Incontinence urinaire diurne Occasionnelle Fréquente
 Incontinence urinaire nocturne Occasionnelle Fréquente
 Etui pénien Sonde urinaire Protection usage unique Urostomie

- Fécale

- Continence Incontinence Colostomie
Protection à usage unique : Oui Non Diurne Nocturne

Communication

Troubles du langage : Absence Modérés Sévères

Troubles de l'Audition : Absence Modérés Sévères

Troubles de la Vision : Absence Modérés Sévères

Psychique

Existe-t-il des troubles ?

De la mémoire : Absence Modérés Sévères

De la désorientation : Absence Modérés Sévères

Conduite déambulation : Absence Modérés Sévères

Risques de fugue : Absence Modérés Sévères

Conduite d'opposition : Absence Modérés Sévères

Cris : Absence Modérés Sévères

Divers

Poids : Taille :

Allergies connues : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Escarres : Oui Non

Vaccinations : Tétanos Grippe Pneumo 23

Signature et tampon du Médecin

LISTE DES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES

(Indiquer les établissements dans lesquels vous choisissez de faire la ou (les) inscription(s))

Etablissements

EHPA du Vieux Château

41 Rue Notre Dame
50 100 CHERBOURG-OCTEVILLE
Tél. : 02.33.94.47.82
Mail : isabelle.crestey@ville-cherbourg.fr

EHPA Les Roquettes

17 Rue Aragon
50 130 CHERBOURG-OCTEVILLE
Tél : 02.33.04.38.91
Mail : isabelle.crestey@ville-cherbourg.fr

EHPA La Chancelière

Rue Saint Exupéry
50 470 LA GLACERIE
Tél : 02.33.88.53.53
Mail : service-social@mairie-laglacierie.fr

EHPA La Chênaie

5 Rue Général Leclerc
50 460 QUERQUEVILLE
Tél. : 02.33.01.65.04
Mail : ccas@ville-querqueville.fr

EHPA Les Myosotis

44 Allée des Myosotis
50 110 TOURLAVILLE
Tél. : 02.33.22.36.22
Mail : foyer-myosotis@mairie-tourlaville.fr

EHPA La Noé

300 Chemin de La Noé
50 110 TOURLAVILLE
Tél : 02.33.22.98.12
Mail : foyer-noe@mairie-tourlaville.fr