



Fondation Hector Otto

PRINCIPAUTÉ DE MONACO

# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



*Résidences Giaume - Chamot Drappier*



## CONSTITUTION DU DOSSIER

### Documents d'informations joints

2 formulaires de préadmission constitués d'un volet administratif et d'un volet médical  
1 Grille des tarifs et des aides possibles

### Documents à joindre

Photocopie de la carte nationale d'identité  
Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers  
Photocopie de l'attestation d'assuré social  
Justificatifs attestant du montant des retraites principales et complémentaires  
Justificatifs attestant du montant des aides (allocation adulte handicapée- autres allocations)  
Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition  
Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

### Informations importantes

Le présent dossier de demande est à compléter en vue d'une demande d'admission. Ce dossier ne permet qu'une inscription sur une liste, son dépôt n'entraîne en aucun cas une admission systématique.

Le dossier comporte deux formulaires :

- **Un formulaire de pré-admission avec un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur ou son représentant légal. Une fois complet, la partie *formulaire de pré-admission – volet administratif* est à adresser :
  - par voie postale ou à déposer à l'adresse indiquée ci-dessous.  
« Résidences Giuame Chamot Drappier, 20 boulevard Hector Otto 98 000 MONACO ».
  - ou à envoyer par mail en scannant *le formulaire de pré-admission* complété.
- **Un formulaire de pré-admission avec un volet médical** : il doit être complété par le médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité à vous accueillir au regard des possibilités de soins de l'établissement.

Les informations nominatives collectées par le personnel de la Fondation Hector Otto lors de l'instruction du dossier, font l'objet d'un traitement automatisé, destiné à la gestion des prestations d'hébergement au sein des Résidences. Ces données ne sont ni cédées, ni accessibles. Conformément à la Loi n° 1165 du 23 décembre 1993 modifiée, relative à la protection des informations nominatives, la personne dispose d'un droit d'accès et de rectification à ses informations nominatives traitées par la Fondation Hector Otto en se rendant au siège de la Fondation situé au 20, boulevard Hector Otto ou sur demande écrite. Il appartient au demandeur d'en informer toutes les personnes dont le nom figure sur le formulaire d'inscription.





## **FORMULAIRE DE PREADMISSION - VOLET ADMINISTRATIF**

### **ETAT CIVIL**

Madame  Monsieur  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_ N° assuré social : \_\_\_\_\_

### **LIEU DE VIE DE LA PERSONNE A LA DATE DE DE LA DEMANDE**

Domicile  Chez enfant/proche  
 Résidence autonomie  EHPAD  
 Autres, précisez : \_\_\_\_\_

Adresse : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Adresse électronique : \_\_\_\_\_

### **CONTEXTE FAMILIAL ET ENTOURAGE**

#### **Situation de famille :**

Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_  
Présence d'un aidant<sup>1</sup> :  OUI  NON  
Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> :  OUI  NON

#### **Le conjoint**

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_





### Entourage

#### Personne A :

<sup>1</sup>Proche aidant :  OUI  NON <sup>2</sup>Personne de confiance :  OUI  NON

Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : N° de rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

#### Personne B :

Proche aidant :  OUI  NON Personne de confiance :  OUI  NON

Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : N° de rue : \_\_\_\_\_

Code postal

Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

### Mesure de protection juridique et consentement :

❖ Mesure de protection juridique (cocher la case correspondante)

OUI  NON  EN COURS

❖ Type de mesure

Protection judiciaire en cours

Administrateur judiciaire

Curatelle renforcée

Curatelle simple

Tutelle

Sauvegarde de justice

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

Prénom(s) s'il s'agit d'une personne : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Adresse : N° de rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

❖ Consentement

La personne a-t-elle été informée de cette demande ? :  OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante ?  OUI  NON

La demande n'a pas été créée par la personne elle-même et le consentement éclairé n'a pu être recueilli ?

OUI  NON

<sup>1</sup> Proche aidant « 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. »

<sup>2</sup> 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 sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet.





### Coordonnées du médecin traitant

Un médecin traitant a-t-il été désigné ?  OUI  NON (Si oui, à compléter)  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
**Adresse** : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

### ASPECT FINANCIERS

#### AVANTAGES VIEILLESSE (1) (Pension, Retraite, Rente, Allocation)

NATURE	MONTANT MENSUEL	OBSERVATIONS

#### AUTRES REVENUS ET AVANTAGES (2) (Pensions, Invalidité ou Militaire, Rente Accident Travail, Rentes Viagères, Intérêts, Assurances Vie, Loyers, etc)

NATURE	MONTANT MENSUEL	OBSERVATIONS





**AIDES DES ENFANTS OU DIVERS**

NATURE	MONTANT MENSUEL	OBSERVATIONS

**BIENS MOBILIERS ET IMMOBILIERS**

NATURE	SITUATION	VALEUR ACTUELLE	REVENU ANNUEL

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier.

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal





## FORMULAIRE DE PREADMISSION - VOLET MEDICAL

### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE D'HEBERGEMENT

Madame  Monsieur  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_ N° assuré social : \_\_\_\_\_

### MEDECIN QUI RENSEIGNE LA DEMANDE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
**Adresse** : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

**Demande Urgente** :  OUI  NON

### CONTEXTE DE LA DEMANDE

Soutien à domicile difficile  vit chez enfant/proche  
 Sortie d'(hospitalisation, le cas échéant indiquez la date de sortie :

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée ?  OUI  NON  
Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

### Coordonnées du médecin traitant si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
**Adresse** : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.)  
 Oui  non

### Coordonnées du médecin spécialiste

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
**Adresse** : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_





Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatrique	Pathologies actuelles et état de santé
---	--

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes, il n'est pas nécessaire de remplir le cadre)

Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_  
Amaigrissement récent :  OUI  NON

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si oui, précisez laquelle <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____			Si oui, précisez laquelle <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Gustative <input type="checkbox"/> Olfactive <input type="checkbox"/> Vestibulaire <input type="checkbox"/> Tactile			Si oui, précisez laquelle <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Autres (précisez)		
Si oui, est-elle en cours de sevrage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								

Risque de chute  Oui  non  Ne sait pas  
Risque de fausse routes  Oui  non  Ne sait pas  
Soins palliatifs  Oui  non  Ne sait pas





Allergies  Oui  non  Ne sait pas  
 Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
 Portage de bactérie multirésistante  Oui  non  Ne sait pas  
 Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
 Date du dernier prélèvement : \_\_\_\_\_

Données sur l'autonomie		A <sup>3</sup>	B <sup>4</sup>	C <sup>5</sup>
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques	Oui	Non	Ne sait pas
Idées délirantes			
Hallucinations			
Agitations agressivités			
Cris			
Dépression, dysphorie			
Risque suicidaire			
Anxiété			
Exaltation de l'humeur/dysphorie			
Apathie, indifférence			
Irritabilité/instabilité de l'humeur / désinhibition			
Troubles du sommeil			
Troubles de l'appétit			

Comportement moteur aberrant	Oui	Non	Ne sait pas
Déambulations pathologiques			
Gestes incessant			
Risques de sorties non accompagnées			

Soins techniques	Oui	Non	Ne sait pas
Oxygénothérapie			
- Continue			
- Non continue			
Sondes d'alimentation			
Sondes trachéotomie			

Appareillage	Oui	Non	Ne sait pas
Fauteuil roulant			
Lit médicalisé			
Matelas anti-escarres			
Déambulateur/canne			
Orthèse			

<sup>3</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.  
<sup>4</sup> B = fait seul partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.  
<sup>5</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.



Sonde urinaire			
Gastrostomie			
Colostomie			
Urétérostomie			
Appareillage ventilatoire/ventilation non invasive (VNI)			
Chambre implantable/PICC Line			
Dyalise péritonéale			
Pompe (morphine, insuline, etc.)			

Prothèse (dont prothèse dentaire et auditive)			
Pacemaker			
Autres, précisez			

Pansement ou soins cutanés	Oui	Non	Ne sait pas
- Soins d'ulcère			
- Soins d'escarre			
Localisation :			
Stade :			

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, nécessité d'unité protégée, etc.)

Documents à joindre :

- La dernière ordonnance
- La dernière biologie médicale
- Le dernier compte rendu d'hospitalisation
- L'évaluation gériatrique

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

