



DEMANDE D'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT
POUR PERSONNES ÂGÉES À TITRE DÉROGATOIRE
(AVANT 60 ANS)

Certificat médical à l'attention du Médecin départemental

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom					
Prénom(s)					
Date de naissance					
Adresse					
Situation professionnelle	Activité	Maladie	Congé longue durée	Invalidité	Retraite

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

-IMPOSSIBILITÉ D'UN RETOUR OU DE MAINTIEN À DOMICILE **Oui** **Non**

Motif : _____

-ABSENCE DE PLACE EN ÉTABLISSEMENTS PH **Oui** **Non**

-DÉMARCHE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS PH **Oui** **Non** Date de la démarche : _____

Établissements concernés : _____

-SÉJOUR EN SMR/MPR POSSIBLE : **Oui** **Non**

Si non, motif : _____

-ÉTABLISSEMENT IDENTIFIÉ **Oui** **Non**

Si oui, établissement concerné : _____

Accord de principe : ☐ Oui ☐ Non

www.doubs.fr

AFFECTION PRINCIPALE

- DATE DE DÉBUT : _____

DEPUIS, L'AFFECTION :

- A RÉGRESSÉ	Oui	Non
- S'EST STABILISÉE.....	Oui	Non
- S'EST AGGRAVÉE.....	Oui	Non
- A UN CARACTÈRE DÉFINITIF	Oui	Non

-LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN D'UN TRAITEMENT PERMANENT Oui Non

Si oui, nature : _____

-SON ÉTAT A-T-IL NÉCESSITÉ UN SÉJOUR EN MILIEU SPÉCIALISÉ ? Oui Non

Si oui, lieu : _____ et date : _____

-ÉVOLUTION ET PRONOSTIC À LONG TERME

- LA STATION DEBOUT EST-ELLE PÉNIBLE ?..... Oui Non

- L'ÉTAT MENTAL JUSTIFIE-T-IL LA NÉCESSITÉ D'UN ACCOMPAGNEMENT À L'EXTÉRIEUR ?... Oui Non

S'IL S'AGIT PLUS PARTICULIÈREMENT :

➔ D'UNE AFFECTION LOCOMOTRICE

◆ Étiologie : _____

◆ Localisation : _____

◆ Appareillage éventuel : _____

◆ Degré d'impotence fonctionnelle : _____

◆ Périmètre de marche : _____

➔ D'UNE AFFECTION NEUROLOGIQUE ET NEURO-VASCULAIRE

- ◆ Étiologie : _____
- ◆ Nature des troubles : _____
- ◆ Déficit : _____
 - Minime : _____
 - Parésie : _____
 - Paralyse : _____
- ◆ Comitialité : Oui Non
 - Type : _____
 - Fréquence : _____
- ◆ Troubles de l'équilibre : Oui Non
 - Type : _____
 - Fréquence : _____
- ◆ Troubles associés : Oui Non
 - Mentaux : _____
 - Autres : _____

➔ D'UNE AFFECTION PSYCHIATRIQUE

Précisions/Traitements :

➔ TROUBLES DU COMPORTEMENT ET/OU ADDICTIONS

- ◆ Troubles du comportement : Oui Non
- Type de troubles :
 - Fréquence :
 - Traitements :
- ◆ Addictions : Oui Non
- Type d'addictions :
 - Sevrage : Oui Non
- ◆ Refus de soins : Oui Non
- ◆ Opposition aux soins : Oui Non
- ◆ Besoin de surveillance : Oui Non

➔ AUTRE AFFECTION

- ◆ Étiologie :
- ◆ Nature des troubles, signes associés, etc. :

Veuillez joindre les comptes-rendus d'hospitalisations
et/ou de consultations spécialisées en votre possession.

AUTONOMIE

➔ ALIMENTATION / BOISSON

Sans aide directe

Aide limitée (ex. : incitation, couper les aliments...)

Aide totale ou alimentation artificielle

➔ TOILETTE ET HABILLAGE (EN DEHORS DES CHANGES)

Pas d'aide

Aide partielle à la réalisation, incitation

Assistance complète

➔ AIDE À L'ÉLIMINATION URINAIRE ET FÉCALE

Pas d'aide

Aide pour l'incontinence urinaire et/ou fécale

Aide pour l'incontinence urinaire

Aide légère pour l'accompagnement

Sonde

- Légère
- Diurne
- Nocturne

➔ DÉPLACEMENT (À L'INTÉRIEUR DE L'HABITAT)

Seul(e), sans aide

Aide occasionnelle (stimulation ou accompagnement)

Aide partielle (ex. pour satisfaire des besoins, aller au fauteuil)

Aide totale (nécessitant habituellement deux personnes)

Aides techniques : _____

État grabataire : _____

➔ INTERVENANTS EXTÉRIEURS

♦ Auxiliaires médicaux :

Soins à domicile | Fréquence : _____

Cabinet infirmier | Nom / Fréquence : _____

Cabinet de kinésithérapie | Nom / Fréquence : _____

♦ Aide à domicile | Intervention via un :

SAAD | Nom de l'organisme : _____

CESU

Autre

Nature (courses, tâches ménagères, aide aux repas, aide à la toilette/habillage, ...) et fréquence des interventions : _____

♦ Aidant familial :

Lien avec le demandeur : _____

Nature / Fréquence de l'aide apportée : _____

COMMENTAIRES

Fait à : _____

Le : _____

Signature et tampon du médecin indispensable :

NB : pour cocher les cases , passer la souris sur la case concernée
et cliquer dès que le curseur prend la forme d'une main

www.doubs.fr