



cerfa  
N°14732\*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE  
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de dépôt :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ**

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ___ / ___	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ___ / ___
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**Commentaire de l'établissement**

## 2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

**Attention** : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

### Constitution du dossier :

#### Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) 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 (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical** : il doit être complété par votre 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 de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

#### Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes<sup>1</sup> :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
  
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite
  
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
  
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

**Vous pouvez également consulter le site internet [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.**

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

**NB** : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

<sup>1</sup> Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

# DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

## 1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

**Civilité :** Monsieur  Madame

Nom d'usage   
Nom de naissance   
Prénom(s)

Date de naissance           Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

### **Situation familiale** (cocher la mention utile)

Célibataire  Vie maritale  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (vé)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Présence d'un aidant<sup>1</sup> : OUI  NON

Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> : OUI  NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI  NON

## 2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile  Chez enfant/proche  Résidence autonomie  Résidence service seniors  Long séjour   
EHPAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### **Adresse**

N° voie, rue, boulevard

Code postal      Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> « 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. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

<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 ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

**Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)**

SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  Accueil de jour  HAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)<sup>4</sup> ? OUI  NON

**Contexte de la demande d'admission** (Toute information utile à préciser)

**3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

- La personne concernée elle-même : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)


**Adresse 1**

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--

Commune/ville

--

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

@

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)


**Adresse 2**

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--

Commune/ville

--

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

@

Proche aidant : OUI  NON

Personne de confiance : OUI  NON

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

<sup>4</sup> Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

#### 4. PROTECTION JURIDIQUE

**Mesure de protection juridique** : OUI  NON  EN COURS<sup>1</sup>

Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  non actif

#### **État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale**

**Civilité** : Monsieur  Madame

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

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement


#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

**Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI  NON

Si OUI :

Nom   
Prénom

#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal       Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

<sup>2</sup> L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

<sup>3</sup> Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

<sup>4</sup> Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

**6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)**

**Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?**

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite :  Précisez : \_\_\_\_\_
- Aide sociale à l'hébergement : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI  NON
- Prestation pour tierce personne : OUI  NON

**AUTRES COMMENTAIRES**

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

**Signature de la personne concernée ou de son représentant légal**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

# 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 difficile<sup>1</sup>

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 anticipées<sup>2</sup> ? 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 :

<sup>1</sup> Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

<sup>2</sup> 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](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 santé<sup>1</sup>**

	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 récent<sup>2</sup>  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 <sup>3</sup>	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

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.  
<sup>2</sup> Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).  
<sup>3</sup> 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	si oui, précisez :
	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
date du dernier prélèvement :			

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	À l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	À l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	Temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptômes comportementaux et psychologiques <sup>4</sup>	Oui	Non
Idées délirantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation, agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression, dysphorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exaltation de l'humeur/dysphorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apathie, indifférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gestes incessants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- risque de sorties non accompagnées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Non continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur / canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse (dont prothèse dentaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localisation :		
Stade :		

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> 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).

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

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**