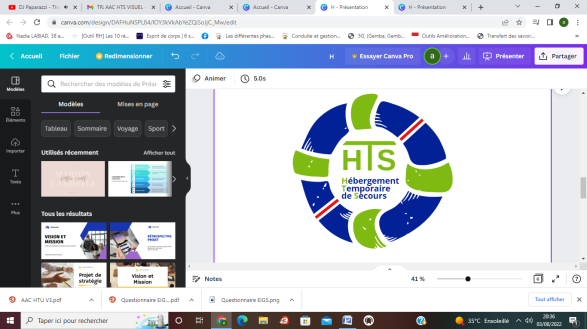
****

**Annexe 4 - Appel à candidatures**

**ARS/DAOSS/ N°971-2025-07-18-00002**

**en vue du déploiement de 25 places**

**d’Hébergement Temporaire de Secours (HTS)**

**de personnes âgées fragiles ou dépendantes**

**en Guadeloupe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fiche Standardisée de préadmission d’HTS en EHPAD** | | | | | | | | |
| **Emetteur / Rédacteur :** | | | | | | **Date de création :** | | |
| **Approbation :** | | | | | | **Dernière mise à jour :** | | |
| **Référent DAC du Dossier :** | | **Date de prise en charge :** | | | | | | |
| **Référent EHPAD du Dossier :** | | **Date de prise en charge :** | | | | | | |
| **Volet Administratif - À REMETTRE À L’EHPAD** | | | | | | | | |
| **Identité de la personne accueillie** | NOM : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | |
| **Date naissance** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | **Âge :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| **Lieu de naissance** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | |
| **Adresse** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | Ville : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | |
| **Téléphone** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Protection juridique**  🞏 Non 🞏 Oui | 🞏 Tutelle 🞏 Curatelle 🞏 Habilitation Familiale 🞏 Sauvegarde de justice  🞏 Mandat de protection future (🞏 actif ou 🞏 non-actif) | | | | | | | |
| **Personne de confiance** | NOM : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | |
| Adresse : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Lien avec la personne accueillie : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  La personne de confiance désignée assure-t-elle la protection juridique ? 🞏 Non 🞏 Oui | | | | | | | |
| **Motif d’entrée en HTS** | 🞏 Sortie d’Hospitalisation  🞏 Sortie d’un service d’accueil des urgences  🞏 Hospitalisation ou Défaillance soudaine de l’Aidant  🞏 Crise sanitaire (épidémique, climatique, sociale) | | | | | | 🞏 Répit non programmé de l’Aidant  🞏 Adaptation du logement  🞏 Déménagement  🞏 Mise à l’abri | |
| 🞏 Autre urgence (Préciser) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Date d’entrée en HTS** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Provenance** | 🞏 Etablissement Sanitaire 🞏 ESMS 🞏 Domicile 🞏 Famille d’accueil (Conseil Départemental) 🞏 Sans Abri  🞏 Autre / Préciser : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Date prévisionnelle de sortie en HTS** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Projet de sortie de l’HTS** | 🞏 Retour à domicile 🞏 Accueil chez un proche 🞏 Famille d’accueil (Conseil Départemental) 🞏 HT/HP EHPAD  🞏 Autre / Préciser : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Justificatifs d’identité et d’ouverture des droits** | 🞏 CNI  🞏 Passeport 🞏 Carte Vitale 🞏 Mutuelle 🞏 Copie du jugement de protection juridique  🞏 Autre / Préciser : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Observations** |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fiche Standardisée de préadmission d’HTS en EHPAD** | | | | | | | | | | |
| **Emetteur :** | |  | | | | | | **Date de création :** | | |
| **Approbation :** | |  | | | | | | **Dernière mise à jour :** | | |
| **Référent DAC du Dossier :** | | | | **Date de prise en charge :** | | | | | | |
| **Référent EHPAD du Dossier :** | | | | **Date de prise en charge :** | | | | | | |
| **Volet Médical - À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL À L’EHPAD** | | | | | | | | | | |
| **Identité du Médecin traitant** | | | NOM : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | |
| **Prénom** | | | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Adresse** | | | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | Ville : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | |
| **Téléphone** | | | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Médecin Prescripteur de l’HTS**  ***Joindre le certificat d’admissibilité médicale*** | | | S’agit-il du médecin traitant ?! 🞏 Oui 🞏 Non Si non, préciser : | | | | | | | |
| NOM : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | |
| Spécialité : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Adresse : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Lieux d’exercice : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Etat de santé de la personne accueille** | | | | | | | | | | |
| **Observations générales** | | |  | | | | | | **Taille :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  **Poids :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | |
| **Pathologies actuelles** | | |  | | | | | | **ALD :** 🞏 Non 🞏 Oui  Si oui préciser : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | |
| **Traitements en cours**  ***Joindre les ordonnances en cours*** | | | *Soins palliatifs :* 🞏 Non 🞏 Oui 🞏 A réaliser - Préciser : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques** | | |  | | | | | | | |
| **Immunité** | | | | | | | | | | |
| **Covid-19** | | | Vaccination : 🞏 1ère injection 🞏 2ème injection 🞏 3ème injection 🞏 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 🞏 Ne sais pas | | | | | | | |
| Test RT-PCR / Antigénique <72H : 🞏 Négatif 🞏 Positif 🞏 A réaliser | | | | | | | |
| **Portage de bactérie multi résistante (BMR)** | | | 🞏 Non 🞏 Oui Si oui préciser : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 🞏 Ne sais pas  Date du dernier prélèvement : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **HIV** | | | 🞏 Non 🞏 Oui Si oui depuis quand : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 🞏 Ne sais pas  Date du dernier prélèvement : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Autre : (Préciser)** | | |  | | | | | | | |
| **Situations particulières** | | | | | | | | | | |
| **Conduite Addictive** | | | 🞏 Non 🞏 Oui Si oui préciser laquelle : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Si oui préciser si elle est en cours de sevrage : 🞏 Non 🞏 Oui | | | | | | | |
| **Déficiences sensorielles & Handicap** | | | 🞏 Non 🞏 Oui (si oui préciser laquelle/ lequel) 🞏 Ne sais pas  🞏 Visuelle 🞏 Auditive 🞏 Gustative 🞏 Olfactive 🞏 Vestibulaire 🞏 Tactile  🞏 Handicap sensoriel 🞏 Moteur 🞏 Mental (déficience intellectuelle) 🞏 Psychique 🞏 Autisme  🞏 Autre (préciser) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Incapacité permanente ? 🞏 Non 🞏 Oui 🞏 Ne sais pas | | | | | | | |
| **Rééducation** | | | 🞏 Non 🞏 Oui (si oui préciser laquelle) 🞏 Ne sais pas  🞏 Kinésithérapie 🞏 Orthophonie 🞏 Autre (préciser) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Risque de chute** | | | 🞏 Non 🞏 Oui 🞏 Ne sais pas | | | | | | | |
| **Risque de fausse route** | | | 🞏 Non 🞏 Oui 🞏 Ne sais pas | | | | | | | |
| **Allergies** | | | 🞏 Non 🞏 Oui 🞏 Ne sais pas  Préciser : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Niveau d’autonomie** | **Cotation :** | | **A : Fait seul les actes quotidiens spontanément, totalement, habituellement et correctement** | | **B : Fait partiellement les actes quotidiens, non spontanément, non habituellement ou non correctement** | | | | | **C : Ne fait pas les actes quotidiens, ni spontanément, ni totalement, ni correctement** |
| **Transferts :** | | Se lever : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | S’assoir : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | | | | Se coucher : 🞏 A 🞏 B 🞏 C |
| **Déplacement :** | | A l’intérieur : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | A l’extérieur : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | | | |  |
| **Toilette :** | | Haut : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | Bas : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | | | |  |
| **Elimination :** | | Urinaire : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | Fécale : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | | | |  |
| **Habillage :** | | Haut : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | Moyen : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | | | | Bas : 🞏 A 🞏 B 🞏 C |
| **Alimentation :** | | Se servir : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | Manger : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | | | |  |
| **Orientation :** | | Espace : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | Temps : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | | | |  |
| **Cohérence :** | | Communication : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | Comportement : 🞏 A 🞏 B 🞏 C | | | | |  |
| **Alerter :** | | 🞏 A | | 🞏 B | | | | | 🞏 C |
| **Symptômes comportementaux & psychologiques** | | | 🞏 Idées délirantes | | | | 🞏 Hallucinations | | | |
| 🞏 Agitation | | | | 🞏 Agressivité | | | |
| 🞏 Dépression, dysphorie | | | | 🞏 Anxiété | | | |
| 🞏 Exaltation de l’humeur | | | | 🞏 Apathie, indifférence | | | |
| 🞏 Irritabilité & Instabilité de l’humeur | | | | 🞏 Comportement moteur aberrant – Préciser :  🞏 Déambulations pathologiques  🞏 Gestes incessants  🞏 Risques de sorties non accompagnées  🞏 Risques de fugue | | | |
| 🞏 Désinhibition | | | |
| 🞏 Troubles du sommeil | | | |
| 🞏 Troubles de l’appétit | | | |
| **Dispositifs Médicaux & Appareillages** | | | 🞏 Fauteuil Roulant | | 🞏 Pacemaker | | | | | 🞏 Gastronomie |
| 🞏 Lit médicalisé | | 🞏 Chambre implantable /PICC line | | | | | 🞏 Colostomie |
| 🞏 Matelas anti-escarres | | 🞏 Pompe | | | | | 🞏 Urétérostomie |
| 🞏 Déambulateur Canne | | 🞏 Ventilation invasive ou non | | | | | 🞏 Dialyse péritonéale |
| 🞏 Orthèse | | 🞏 Prothèses (préciser) :  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | 🞏 Autre (préciser) :  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| **Soins techniques**  🞏 Non 🞏 Oui | | | 🞏 Oxygénothérapie - Préciser : 🞏 Continue 🞏 Non continue  🞏 Sondes d’alimentation  🞏 Sondes de trachéotomie  🞏 Sonde urinaire  🞏 Autre (préciser) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Plaies & Cicatrisations** | | | Pansements et soins cutanés ? 🞏 Non 🞏 Oui Localisation : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  🞏 Soins d’ulcère  Stade : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  🞏 Soins d’escarres  Durée du soin : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  🞏 Autres (préciser) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Type de pansement : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Recommandations sur les modalités de sortie du dispositif HTS** | | | (date de fin de prise en charge, orientation vers une nouvelle structure, motifs de sortie…) | | | | | | | |