****

**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 pasDate du dernier prélèvement : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| **HIV** | 🞏 Non 🞏 Oui Si oui depuis quand : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 🞏 Ne sais pasDate 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 pasPréciser : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  |
| **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…) |