



DOSSIER DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

Date de la demande _____

Demande présentée par _____

N°

ETABLISSEMENTS CHOISIS, PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE

1 _____ 6 _____
2 _____ 7 _____
3 _____ 8 _____
4 _____ 9 _____
5 _____ 10 _____

Pour Grenoble : un dossier à déposer dans l'établissement placé en choix n° 1

Pour les autres territoires isérois : dossier à déposer dans chacun des établissements choisis

Type d'accueil

Permanent

Temporaire

De jour

Demande

Urgente

Non urgente

Chambre

Seule

Indifférent

ETAT CIVIL

Nom _____

Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Date et lieu de naissance _____

Adresse _____

Tél. _____

Adresse où réside la personne si différente _____

Y a-t-il également une demande d'entrée du conjoint : oui non

MODE DE VIE

Vous vivez

Seul (e)

Avec un(e) conjoint(e)

avec un enfant

Autre _____

Nombre d'enfant (s) _____

PERSONNE À CONTACTER POUR LE SUIVI DU DOSSIER

Nom et prénom _____

Adresse _____

Tél. _____ Lien avec le demandeur _____

PARTIE RÉSERVÉE A L'ÉTABLISSEMENT

Dossier reçu le _____

Avis du médecin _____

Décision de la commission d'admission _____

Groupe GIR (si connu) _____

Date de l'évaluation _____

ENTOURAGE

NOMS ET PRÉNOMS	ADRESSES	TÉLÉPHONES
Enfants		
1 _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
2 _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
3 _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
4 _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
5 _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
_____	e-mail _____	
Autres		
1 _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
Lien _____	e-mail _____	
2 _____ _____	_____	Domicile _____ Travail _____ Portable _____
Lien _____	e-mail _____	

CONDITIONS DE VIE

Vous recevez de l'aide de votre entourage :

Famille
 Voisin
 Ami
 Autre _____
 Aucune aide de l'entourage

Vous bénéficiez de l'intervention de professionnels :

INTERVENANTS	NOM	TÉLÉPHONE
<input type="checkbox"/> Infirmière et/ou SSIAD ¹ _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Médecin traitant _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Aides à la vie quotidienne de jour _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Aides à la vie quotidienne de nuit _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre(s) professionnels, précisez _____	_____	_____

1. SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

MOTIFS DE LA DEMANDE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Raison de santé | <input type="checkbox"/> Dépendance physique |
| <input type="checkbox"/> Isolement, solitude | <input type="checkbox"/> Dépendance psychique |
| <input type="checkbox"/> Habitat non adapté | <input type="checkbox"/> Rapprochement familial |
| <input type="checkbox"/> Dossier de précaution (cf notice explicative) | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

Expliciter les raisons de la demande _____

ASSURANCES

SÉCURITÉ SOCIALE

N° Sécurité sociale _____

Adresse du Centre Payeur _____

Prise en charge Sécurité Sociale Oui Non

Affection Longue Durée (100 %) Oui Non

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (MUTUELLE / ASSURANCES)

Organisme _____

N° adhérent _____

Adresse _____

CAISSES DE RETRAITE D’AFFILIATION

CAISSE DE RETRAITE D’AFFILIATION	BÉNÉFICIAIRE	
	Demandeur	Conjoint

ALLOCATION PERSONNALISÉE D’AUTONOMIE (APA)

- Oui Non Dossier en cours

Nom du référent APA _____

GESTION DE VOS BIENS

Mesure de protection

Tutelle Curatelle Oui Non
 Sauvegarde de justice

Précisez les coordonnées du tuteur ou curateur

Nom et prénom _____

Adresse _____

Tél. _____ Portable _____

PERSONNE DE CONFIANCE * (UNIQUEMENT EN USLD)

Nom et prénom _____

Adresse _____

Tél. _____ Portable _____

* La **personne de confiance** est l'interlocuteur légitime du personnel médical dans les établissements hospitaliers qui doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et ne peut plus recevoir l'information. Elle peut également accompagner le patient et l'aider à prendre une décision, quand ce dernier est lucide et le souhaite.

Signature du demandeur

Date _____

Nom et qualité de la personne ayant rempli la fiche

Signature

Nom _____

Prénom _____ Date de naissance _____

COHÉRENCE / ORIENTATION

Capacité d'évaluation

- Evaluer les situations
- Evaluer les situations mais nécessite des petits conseils
- Avoir besoin d'être fortement conseillé
- Ne pas évaluer les situations
- Ne pas reconnaître toujours les personnes

Orientation dans le temps

- Aucun problème
- Perte de repère : précisez _____
- Aucun point de repère

Orientation dans l'espace

- Aucun problème
- Se repérer dans un environnement connu
- Se repérer dans son domicile
- Se repérer dans sa chambre
- Aucun point de repère

HYGIÈNE CORPORELLE / HABILLEMENT

Hygiène corporelle

- Se laver seul(e)
- Etre installé(e) pour la toilette faite seule
- Etre aidé(e) partiellement (toilette dos ou partie du corps)
- Etre stimulé(e) de façon importante
- Etre aidé(e) totalement

Habillement

- S'habiller seul(e)
- Etre installé(e) pour s'habiller
- Etre aidé(e) partiellement ou orienté(e)
- Etre stimulé(e)
- Etre aidé(e) complètement

ALIMENTATION

Régime diététique, précisez _____

Se sert seul(e)

oui

non

Mange seul(e)

sans stimulation

avec stimulation

Texture

normale

mixée

hachée

CONTINENCE VÉSICALE ET ANALE

Incontinence	Jour	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Nuit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Protections urinaires	Gérer seul(e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Avec aide	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Protections pour les selles	Gérer seul(e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Avec aide	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

TRANSFERTS

Se lever seul(e) du lit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se mettre seul(e) au lit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se lever seul(e) d'un fauteuil	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

DÉPLACEMENTS

Conduire son automobile seul(e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prendre les transports en commun seul(e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prendre un ascenseur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Monter et descendre les escaliers	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Marcher seul (e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Marcher avec soutien		
Canne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Déambulateur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Utiliser un fauteuil roulant		
Par intermittence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le faire rouler	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se déplacer du lit au fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se déplacer du fauteuil aux toilettes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

SOMMEIL

Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Aucun problème
	<input type="checkbox"/> Correct avec un traitement
	<input type="checkbox"/> Agitation

Date _____

Nom et qualité de la personne ayant rempli la fiche

Signature :

VOLET 3

CONFIDENTIEL

FICHE MÉDICALE D'ENTRÉE

À FAIRE REMPLIR EXCLUSIVEMENT
PAR UN MÉDECIN (GÉNÉRALISTE, SPÉCIALISTE OU HOSPITALIER)



Nom du médecin ayant rempli la fiche _____

Tél. _____

DEMANDEUR

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Homme

Femme

MÉDECIN TRAITANT DU DEMANDEUR

Nom et prénom _____

Adresse _____

Tél. _____ Portable _____

E-mail _____

SI HOSPITALISATION ACTUELLE

Nom du centre hospitalier _____

Nom du service _____

CONTEXTE CLINIQUE *(Éléments à prendre en compte pour l'entrée en établissement)*

Poids _____ Taille _____

Cardio-vasculaire _____

Ostéo-articulaire _____

Neurologique _____

Pulmonaire : Radio pulmonaire de face à prévoir au moment de l'admission

Digestif _____

Métabolisme _____

Douleur chronique _____

Etat dentaire _____

Alcoolisme

Tabagisme

Etat cutané _____

Escarres _____ Localisation _____

Infections nosocomiales _____

Autre _____

TROUBLES

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acuité visuelle | <input type="checkbox"/> Equilibre | <input type="checkbox"/> Prothèse auditive |
| <input type="checkbox"/> Acuité auditive | <input type="checkbox"/> Chutes : fréquence _____ | <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire |
| <input type="checkbox"/> Déglutition | <input type="checkbox"/> Port de lunettes | <input type="checkbox"/> Autre prothèse _____ |

Observations _____

SOINS SPÉCIFIQUES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sonde urinaire | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie |
| <input type="checkbox"/> Stomie | <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire (fréquence _____ fois/jour) |
| <input type="checkbox"/> Gastrostomie | <input type="checkbox"/> Insuline |
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

Observations _____

AIDES TECHNIQUES À LA MARCHÉ

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cannes | <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|

Observations _____

SOINS INFIRMIERS

- | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pansements | <input type="checkbox"/> Bas de contention | <input type="checkbox"/> Injections |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|

Autres _____

Durée des soins journaliers _____

TRAITEMENTS

Date _____

Cachet et signature du médecin

GRILLE A.G.G.I.R. – ÉTABLISSEMENTS

Etiquette Patient ou

Nom _____

Prénom _____

Autonomie : A = fait seul(e) totalement, habituellement, correctement

B = fait partiellement

C = ne fait pas

		Eval.1	Eval.2
COHÉRENCE	Converser et / ou se comporter de façon logique et sensée		
ORIENTATION	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE	HAUT : Assurer son hygiène corporelle – visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, (dos exclu)		
	BAS : Régions intimes, membres inférieurs (non compris ongles et orteils)		
HABILLAGE	HAUT : Passer des vêtements par la tête et / ou les bras		
	MOYEN : Boutonner, mettre une fermeture éclair, des pressions, une ceinture ou des bretelles		
	BAS : Passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures		
ALIMENTATION	SE SERVIR : Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre, ouvrir un pot de yaourt		
	MANGER : Porter les aliments et les boissons à sa bouche et les avaler		
ÉLIMINATION	URINAIRE : Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire <i>Ex :</i> modalité A : personne qui assure seule correctement son hygiène malgré des fuites urinaires		
	FÉCALE : Assurer l'hygiène de l'élimination fécale		
TRANSFERTS	<i>Ex :</i> modalité B : si la personne se couche seule, mais ne se lève pas seule ou inversement Si le transfert lit/fauteuil est effectué mais pas le transfert assis/debout		
DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	Il n'est pas tenu compte de l'usage de cannes, de déambulateur, de fauteuils roulants par la personne (<i>ex :</i> modalité A : personne se déplaçant en fauteuil roulant dans son lieu de vie)		
DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme		

GROUPE ISO – RESSOURCE :

DOSSIER UNIQUE

DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

NOTICE EXPLICATIVE A USAGE DES PERSONNES ÂGÉES ET DE LEUR FAMILLE

> UN DOSSIER UNIQUE : POURQUOI ?

Vous souhaitez être accueilli(e) dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées en Isère. Pour respecter votre choix, simplifier vos démarches administratives et faciliter le traitement de votre demande, le Conseil général de l'Isère, avec ses partenaires, a créé un dossier unique de demande d'entrée en établissement, commun à tous les établissements hébergeant des personnes âgées du département de l'Isère :

- Logements Foyers pour Personnes Agées (LFPA)
et établissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)
- Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

ATTENTION : IL NE S'AGIT PAS D'UN DOSSIER D'ADMISSION MAIS D'UN DOSSIER DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT.

> COMMENT SE PRÉSENTE-T-IL ?

Le dossier d'entrée comprend 3 volets :

- **VOLET 1** "demande d'entrée"
- **VOLET 2** "fiche autonomie"
- **VOLET 3** "fiche médicale"

❶ VOLET 1 "DEMANDE D'ENTRÉE"

Remplissez ce volet avec l'aide éventuelle d'un membre de votre famille ou de votre entourage.

❷ VOLET 2 "FICHE AUTONOMIE"

Remplissez-la avec l'aide d'un professionnel intervenant à votre domicile : assistant (e) social (e), infirmier (ère), aide à domicile...

Les informations portées sur cette fiche permettent une évaluation de vos besoins et de vos attentes.

❸ VOLET 3 "FICHE MÉDICALE"

Ce volet ne concerne que les EHPAD et les USLD et ne doit pas être complété pour une demande d'entrée en LFPA et EHPA.

Faites-la remplir exclusivement par un médecin (généraliste, spécialiste ou hospitalier).

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, cette fiche confidentielle, destinée au médecin coordonnateur de l'établissement, sera insérée, **sous pli fermé confidentiel**, dans votre dossier d'entrée que vous adresserez à l'établissement choisi :

- pour Grenoble : établissement du choix n° 1,
- hors Grenoble : chacun des établissements choisis.

Compétent en matière de santé publique, le Conseil général lutte contre la tuberculose en instaurant un dépistage de la tuberculose chez les personnes âgées à l'entrée en établissement.

Une prescription pour une radiographie pulmonaire de face vous sera délivrée par le médecin qui remplira votre fiche. Vous devrez remettre ce cliché lors de votre admission en établissement.

> COMMENT L'UTILISER ?

■ Si vous souhaitez être accueilli(e)

> **DANS UN ÉTABLISSEMENT SITUÉ À GRENOBLE**

Remplissez un dossier de demande d'entrée et déposez-le dans l'établissement que vous placez en choix n° 1 parmi les 10 choix possibles. Votre dossier sera automatiquement transmis aux autres établissements grenoblois que vous avez choisis.

> **DANS UN ÉTABLISSEMENT SITUÉ HORS DE GRENOBLE**

Remplissez un dossier, photocopiez les volets 1 "demande d'entrée", 2 "fiche autonomie" et 3 "fiche médicale" et déposez-les dans les établissements de votre choix.

Dans les deux cas :

- Le rang d'inscription de l'établissement sur la liste (1 à 10) n'équivaut pas à un numéro de traitement de votre demande d'entrée,
- Vous devez informer les établissements listés **de tout changement ou évolution de votre situation**.
- Passé un délai de six mois sans nouvelle des établissements sollicités, vous devez impérativement contacter les établissements par ordre de choix, pour prendre connaissance de la situation de votre dossier sur la liste d'attente.

ATTENTION

Le "**dossier de précaution**" consiste à déposer une inscription dans une structure sans toutefois être prêt à entrer rapidement. Il vous permet de préparer plus sereinement l'entrée en institution. Cette démarche ne vous oblige pas à accepter une place lorsqu'on vous la propose. Vous avez tout à fait le droit de la refuser si vous n'êtes pas prêt.

➤ CONSEILS PRATIQUES

Où se procurer un dossier d'entrée ?

Vous pouvez vous le procurer :

■ En version "papier" :

- auprès de la mairie de votre lieu de domicile, ou éventuellement du centre communal d'action sociale (CCAS) de votre commune,
- auprès du service autonomie de la Maison du Conseil général de votre territoire (voir coordonnées au dos),
- auprès de chaque établissement pour personnes âgées isérois,
- à la Maison départementale de l'autonomie (à compter du 15 novembre 2008).

■ En version "informatique" :

- à télécharger sur le site internet du Conseil général de l'Isère : www.isere.fr

Où se procurer des renseignements ou des informations complémentaires ?

- à la Maison de l'autonomie du département de l'Isère (à compter du 15 novembre 2008),
- sur le site internet du Conseil général de l'Isère : www.isere.fr
- auprès du service autonomie des Maisons du Conseil général (voir liste au dos).

Quelles sont les aides financières possibles ?

■ **LES AIDES AU LOGEMENT** (aide sociale au logement, aide personnalisée au logement)

Où s'adresser ?

- à la Caisse d'allocations familiale de votre domicile (Grenoble ou Vienne)
- à la Caisse de mutualité sociale agricole

■ **L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) EN ÉTABLISSEMENT VERSÉE PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ISÈRE :**

Où s'adresser ?

- à la mairie de votre domicile
- au service autonomie de la Maison du Conseil général de votre territoire.

■ **L'AIDE SOCIALE A L'HÉBERGEMENT VERSÉE PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ISÈRE :**

Où s'adresser ?

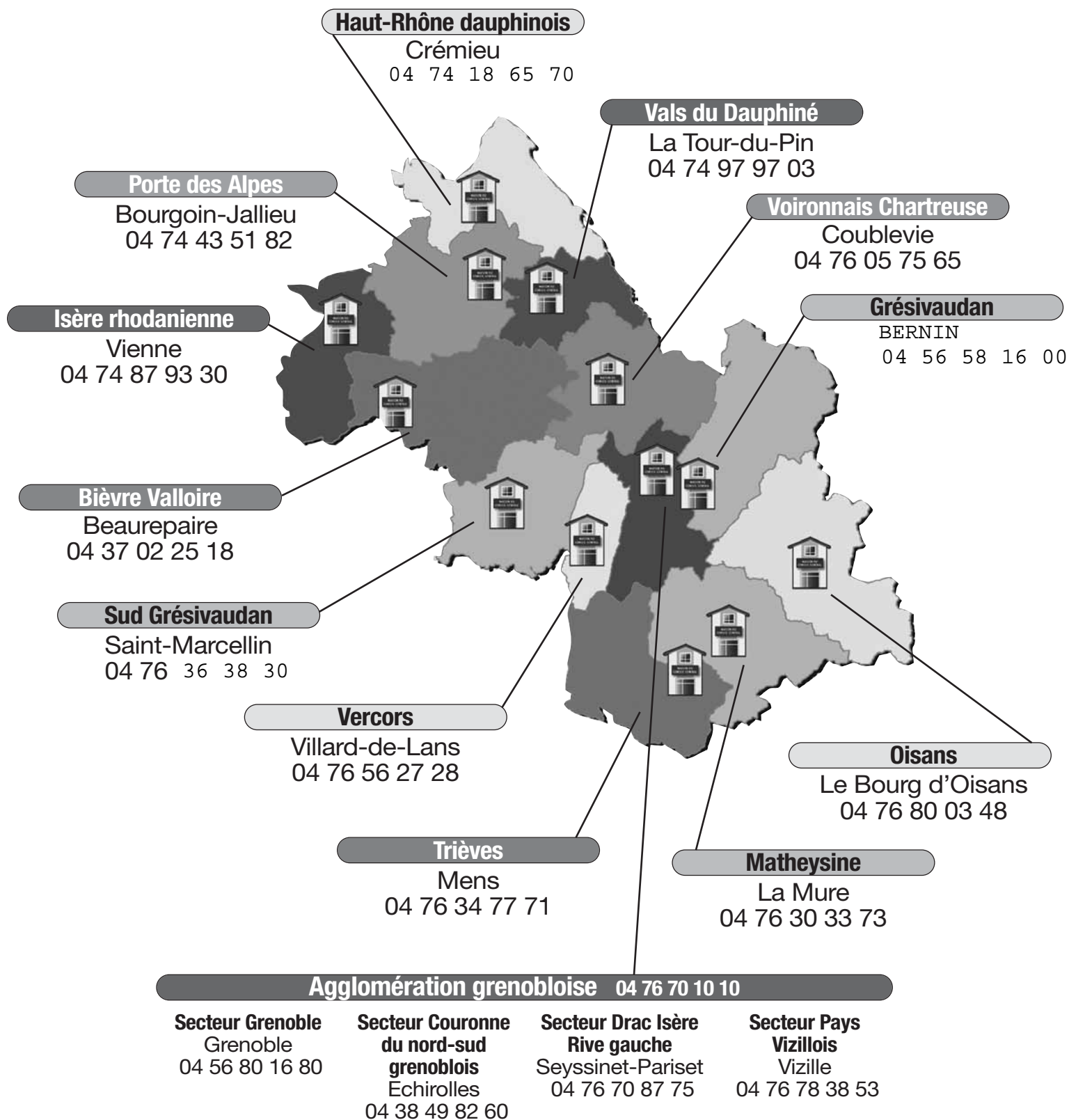
- à la mairie de votre domicile
- au service autonomie de la Maison du Conseil général de votre territoire

■ **DES AIDES DES CAISSES DE RETRAITES, DE MUTUELLES ET DE PRÉVOYANCE PEUVENT ÉVENTUELLEMENT VOUS ÊTRE ATTRIBUÉES POUR PARTICIPER A VOS FRAIS D'HÉBERGEMENT :**

Où s'adresser ?

- auprès du service social de vos caisses.

Les 13 maisons du Conseil général de l'Isère et leurs services Autonomie/Solidarité



DOSSIER UNIQUE

DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

NOTICE EXPLICATIVE A USAGE DES PROFESSIONNELS

> UN DOSSIER UNIQUE : POURQUOI ?

Pour simplifier les démarches administratives des personnes âgées et de leur famille et faciliter le traitement de leur demande, le Conseil général de l'Isère a créé un dossier unique de demande d'entrée en établissement, commun à tous les établissements hébergeant des personnes âgées du département de l'Isère :

- Logements Foyers pour Personnes Agées (LFPA)
et établissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)
- Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

> COMMENT SE PRÉSENTE-T-IL ?

Le dossier d'entrée comprend 3 volets :

- **VOLET 1** "demande d'entrée"
- **VOLET 2** "fiche autonomie"
- **VOLET 3** "fiche médicale"

① VOLET 1 "DEMANDE D'ENTRÉE"

Ce volet sera rempli par la personne âgée ou un membre de sa famille

② VOLET 2 "FICHE AUTONOMIE"

Elle sera remplie par la personne âgée ou sa famille avec l'aide éventuelle d'un professionnel intervenant à domicile : assistant (e) social (e), infirmier (ère), aide à domicile...

Les informations portées sur cette fiche permettent une évaluation des besoins et des attentes de la personne âgée.

③ VOLET 3 "FICHE MÉDICALE"

Ce volet ne concerne que les EHPAD et les USLD et ne doit pas être complété pour une demande d'entrée en LFPA et EHPA.

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, cette fiche médicale confidentielle sera remplie exclusivement par un médecin (généraliste, spécialiste ou hospitalier).

Destinée au médecin coordonnateur de l'établissement, elle sera insérée, **sous pli fermé confidentiel**, dans le dossier envoyé à l'établissement choisi :

- pour Grenoble : établissement du choix n° 1
- hors Grenoble : chacun des établissements choisis

Compétent en matière de santé publique, le Conseil général lutte contre la tuberculose en instaurant un dépistage de la tuberculose chez les personnes âgées à l'entrée en établissement.

Une prescription pour une radiographie pulmonaire de face devra être délivrée par le médecin remplissant cette fiche médicale en vue d'une remise du cliché lors de l'admission de la personne âgée en établissement.

> COMMENT FONCTIONNE-T-IL ?

■ Si la personne âgée souhaite être accueillie :

> **DANS UN ÉTABLISSEMENT SITUÉ À GRENOBLE** : remplir un seul dossier de demande d'entrée et le déposer dans l'établissement listé en choix n° 1 parmi les 10 choix possibles. Le dossier sera automatiquement transmis aux autres établissements grenoblois que le demandeur a coché.

> **DANS UN ÉTABLISSEMENT SITUÉ HORS DE GRENOBLE** : remplir un seul dossier, puis photocopier les volets 1 "demande d'entrée", 2 "fiche autonomie" et 3 "fiche médicale" selon le nombre d'établissements sélectionnés et les déposer dans chacun des établissements choisis.

Dans les deux cas :

- Le rang d'inscription de l'établissement sur la liste (1 à 10) n'équivaut pas à un numéro de traitement de la demande d'entrée.
- Les personnes âgées ou leur famille devront informer les établissements listés **de tout changement ou évolution de leur situation.**
- Passé un délai de six mois sans nouvelle des établissements sollicités, les personnes âgées ou leur famille devront impérativement contacter les établissements par ordre de choix pour prendre connaissance de la situation de leur dossier sur la liste d'attente.
- C'est toujours le directeur d'établissement qui décide "in fine" de l'admission d'une personne âgée : **le dossier unique d'entrée n'est pas un dossier d'admission mais un dossier de demande d'entrée en établissement.**

> LE DOSSIER UNIQUE : UN OUTIL ÉVOLUTIF

■ 1/ Une évaluation de mise en œuvre programmée

Des bilans de mise en œuvre seront effectués après trois mois, puis un an d'utilisation.

Les professionnels utilisateurs sont invités à participer activement à cette évaluation en communiquant leurs remarques et en signalant tous problèmes rencontrés.

■ 2/ Les évolutions envisagées

- Mise en œuvre d'un traitement informatisé du dossier unique,
- Création d'un observatoire de l'offre et de la demande pour éclairer les choix des décideurs pour une meilleure adéquation de l'offre d'accueil par rapport à la demande,
- Création de commissions territoriales de préparation à l'entrée en établissement pour renforcer la coordination autour de la personne, la connaissance mutuelle des établissements et développer leur complémentarité.

> CONSEILS PRATIQUES

■ Où se procurer un dossier d'entrée ?

Vous pouvez vous le procurer :

• En version "papier" :

- auprès des mairies, ou de leur centre communal d'action sociale,
- auprès du service autonomie de la maison du Conseil général de votre territoire,
- à la Maison départementale de l'autonomie (à compter du 15 novembre 2008),

• En version "informatique" :

- à télécharger sur le site internet du Conseil général de l'Isère : www.isere.fr