

Dossier de demande d'admission

Renseignements administratifs

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation de famille :

Nombre d'enfants :

Adresse :

.....

N° téléphone :

Personne à prévenir	Personne de confiance
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

• Contrat d'obsèques : oui non

• Mesure de protection oui non

Si oui : Nom et téléphone de la tutelle ou curatelle :

Sécurité sociale :

N° immatriculation :

Adresse :

Mutuelle :

Nom :

N° d'adhérent :

Revenus :

Caisses de retraites	Montant annuel

Revenus divers :

Montant annuel

Pension d'invalidité :

Pension alimentaire :

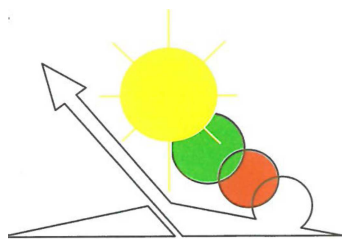
Revenus fonciers :

Rentes viagères :

Allocation logement

Fait àle.....

Signature de la personne accueillie



Documents à joindre au dossier de demande d'admission

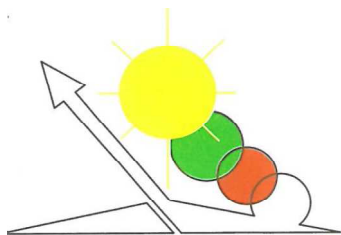
1- Photocopie des pièces suivantes :

- Pièce d'identité
- Livret de famille
- Attestation carte vitale
- Attestation carte mutuelle
- Dernier avis d'imposition ou non-imposition
- Justificatifs récents de toutes les ressources
- Carte d'invalidité
- Jugement de curatelle ou de tutelle (si nécessaire)

2- Relevé d'identité bancaire ou postal

3- Photo récente

4 -Dernière ordonnance



Suivi du traitement médical

Nom :
Appartement n°

Prénom :

	Nom	Téléphone
Médecin traitant		
Infirmier (e) libéral (e)		
Pharmacie		
kinésithérapeute		
Ambulancier		
Service d'aide à domicile		
Lieu d'hospitalisation	☐ Hôpital ☐ Clinique	

Madame, Monsieur,

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous confirmer si vous souhaitez la prise en charge ou non des médicaments par l'infirmière de l'établissement.

☐ **OUI** je souhaite la prise en charge des médicaments par le personnel médical de l'établissement :

- ☐ Totale (le locataire ne garde pas les médicaments)
- ☐ Partielle (le locataire garde les médicaments)

☐ **NON** je ne souhaite pas la prise en charge des médicaments par le personnel médical de l'établissement

Surveillance nocturne

Madame, Monsieur,

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous signaler si vous souhaitez être visité la nuit :

- ☐ **OUI** Je souhaite être visité par le personnel de nuit de l'établissement.
- ☐ **NON** Je ne souhaite pas être visité par le personnel de nuit de l'établissement.

Pour tout changement de situation en informer par écrit l'infirmière coordinatrice.

A Domérat, le

Signature du résident(e),

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

VILLE de résidence :

PATHOLOGIE MOTIVANT L'ADMISSION :

ANTECEDENTS :

Année

○	○
○	○
○	○
○	○
○	○

PATHOLOGIES ENCORE ACTIVES :

ETAT ACTUEL :

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE.....

HTA	☐	Artériopathie des MI stade I-II-III-IV	☐	Cardiopathie ischémique	☐
Tr. du rythme	☐	Insuffisance veineuse	☐	Cardiopathie hypertensive	☐
Stimulateur	☐	Maladie thrombo-embolique	☐	Cardiopathie valvulaire	☐

APPAREIL RESPIRATOIRE.....

Asthme	☐	B P C O	☐	Insuffisance respiratoire	☐	Autre	☐
--------	--------------------------	---------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------	--------------------------

SYSTEME NERVEUX.....

Hémiplégie - récente - droite	☐	Maladie de Parkinson	☐	Neuropathie périphérique	☐
- ancienne - gauche	☐	Tr. de l'équilibre	☐	Autre	☐

APPAREIL LOCOMOTEUR.....

Arthrose symptomatique -hanche	☐	- genou	☐	- rachis	☐	- épaule	☐	Autre	☐
Rhumatisme inflammatoire	☐	Ostéoporose (tassement)	☐					Autre	☐

APPAREIL DIGESTIF.....

Ulcère gastrique ou duodénal	☐	Reflux gastro-oesophagien	☐	Lithiase	☐
Cancer digestif (localisation)	☐	Colopathie	☐	Autre	☐

APPAREIL URINAIRE.....

Insuffisance rénale	☐	Path. du haut appareil	☐	Tr. vésico-prostatique	☐
---------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

MALADIES METABOLIQUES & ENDOCRINIENNES.....

Diabète	I D	☐	NID	☐	Complications.....	☐
Hyperthyroïdie	☐	Hypothyroïdie	☐	Autre	☐	

OPHTALMOLOGIE

Cataracte	OD OG	☐	opérée	☐	Glaucome	OD OG	☐	opéré	☐
-----------	-------	--------------------------	--------	--------------------------	----------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

HEMATOLOGIE :

Affection caractérisée

DERMATOLOGIE :

Affection caractérisée

APP. GENITAL :

Affection caractérisée

	A	C	D	E	G	H	I	K	M	N	P	R	T	U	V	S	GR	MMS	

TRAITEMENT ET BESOINS DE SOINS :

Médicaments :

-
-
-
-

- prend ses médicaments seul : oui - non

- régime (préciser)

- prépare ses médicaments seul : oui - non

- kinésithérapie : oui - non

EVALUTATION DU DEGRE D'AUTONOMIE ET DE LA CHARGE DE SOINS :

ETAT GENERAL :

POIDS :

TAILLE:

HANDICAP MOTEUR

	<u>seul</u>	<u>aide légère</u>	<u>aide importante</u>	<u>incapable</u>
✓ s'alimente	☐	☐	☐	☐
✓ se lève du lit / se couche	☐	☐	☐	☐
✓ va aux toilettes	☐	☐	☐	☐
✓ fait sa toilette	☐	☐	☐	☐
✓ s'habille / se déshabille	☐	☐	☐	☐
✓ se déplace	☐	☐	☐	☐
✓ monte/descend les escaliers	☐	☐	☐	☐
✓ manoeuvre un fauteuil roulant	☐	☐	☐	☐
✓ Aides techniques	Cannes ☐ Alimentation mixée ☐	Déambulateur ☐ Appareils dentaires ☐	Prothèse ☐ Fauteuil roulant ☐	

HANDICAP SENSORIEL ET/OU FONCTIONNEL

	<u>nul</u>	<u>léger</u>	<u>important</u>	<u>total</u>
✓ visuel	☐	☐	☐	☐
✓ auditif	☐	☐	☐	☐
✓ langage compréhension	☐	☐	☐	☐
✓ expression	☐	☐	☐	☐
✓ incontinence urinaire	☐	☐	☐	☐
✓ incontinence anale	☐	☐	☐	☐
✓ Appareillage	Verres correcteurs ☐ sonde à demeure ☐	App. auditifs ☐ Colostomie ☐	autre ☐	☐

ETAT PHYSIQUE : AFFECTION CARACTERISEE

	<u>aucune</u>	<u>léger(e)</u>	<u>importante</u>	<u>majeur(e)</u>
✓ désorientation T - S	☐	☐	☐	☐
✓ tr. de la mémoire	☐	☐	☐	☐
✓ tr. du caractère / agressivité	☐	☐	☐	☐
✓ tr. du sommeil	☐	☐	☐	☐
✓ état dépressif ou perte de l'élan vital	☐	☐	☐	☐
✓ déambulation / fugue	oui ☐ non ☐	✓ alcoolisme / tabagisme	oui ☐ non ☐	
✓ Comportement en collectivité	I			

ORIENTATION SOUHAITEE

Foyer logement ☐

Autonomie pour tous les actes de la vie quotidienne

Rempli par le Médecin

Le

Signature cachet

Evaluation de l'autonomie : GRILLE AGGIR

(à remplir par le médecin)

Nom.....Prénom.....

Date de naissance.....

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée, à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérés comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...).

1	<u>Cohérence</u> Conserver et/ou se comporter de façon logique.			
2	<u>Orientation</u> Se repère dans le temps, les moments de la journée et les lieux.			
3	<u>Toilette</u> ❖ Haut (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage).			
	❖ Bas (membres inférieurs, pieds, régions intimes).			
4	<u>Habillage</u> ❖ Haut (vêtements passés par les bras et/ou la tête).			
	❖ Moyen (fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions).			
	❖ Bas (vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures).			
5	<u>Alimentation</u> ❖ Se servir (couper la viande, peler un fruit, remplir un verre...).			
	❖ Manger (manger les aliments préparées, les porter à la bouche et avaler).			
6	<u>Elimination</u> ❖ Urinaire (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire).			
	❖ Anale (assumer l'hygiène de l'élimination fécale).			
7	<u>Transfert</u> Se lever, se coucher, s'asseoir, passer d'une position à une autre, dans les deux sens.			
8	<u>Déplacement à l'intérieur</u> Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.			
9	<u>Déplacement à l'extérieur</u> A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.			
10	<u>Communication à distance</u> Utiliser les moyens de communications, téléphone, sonnette, alarme.			

A = fait seul totalement, habituellement correctement.

B = fait partiellement.

C = ne fait pas.

Ale.....

Cachet et signature du médecin