



DOSSIER D'ADMISSION

FICHE ADMINISTRATIVE

ETAT CIVIL

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Sexe : masculin féminin

Date et lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Actuellement la personne se trouve :

A domicile

Dans un établissement pour personnes âgées, lequel : _____

Autre, précisez : _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié(e)

Veuf ou veuve

Divorcé(e)

Séparé(e)

Vivant maritalement

Nom et prénom du conjoint(e) : _____

Profession exercée avant la retraite : _____

ENFANTS

Nom et Prénom

Adresse

Téléphone

DEMANDEUR

Coordonnées de la personne physique ou morale effectuant la demande :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Le (la) futur(e) résident(e) est-il (elle) informé(e) de cette démarche d'entrée en établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes ?

Oui

Non

Qu'en pense t'il (elle) ?

A la suite de quel(s) événement(s), cette démarche est-elle envisagée ?

Avez-vous déposé des dossiers dans d'autres établissements ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

Date de la demande :

Signature du demandeur :

BESOINS, CAPACITES, HABITUDES DE VIE

Afin de veiller à votre bien être, aidez-nous à mieux vous connaître.

Partie à remplir avec la personne concernée, au besoin avec l'aide de sa famille, à défaut, se faire aider par l'infirmière libérale, du centre de soins, du service hospitalier...

Partie à transmettre au médecin rédacteur.

FONCTIONS LOCOMOTRICE

Vous vous levez seul(e) :

Du fauteuil D'une chaise Du lit

Vous utilisez :

Une canne Une canne anglaise Un déambulateur

Un fauteuil roulant Autre, précisez : _____

Vous marchez seul(e) :

Oui Non

Vous montez et/ou descendez les escaliers seul(e) :

Oui Non

Chutes :

Absence Présence- Précisez la fréquence : _____

Levers :

Au fauteuil Reste alité(e) Fauteuil roulant

ALIMENTATION

Vous mangez :

Seul(e) Aide partielle Aide totale

Vos habitudes alimentaires (nombre de repas, préférences alimentaires, boissons, régimes...) :

Intolérances alimentaires :

Prothèses dentaires :

Supérieure

Inférieure

ELIMINATION

Vous n'avez pas d'incontinence :

Urinaire

Anale

Allez-vous aux WC :

Seul(e)

Avec aide

Utilisez-vous :

Urinal

Bassin

Chaise garde-robe

Protections

Incontinence urinaire :

Jour

Nuit

Episodique

Sonde

Incontinence anale :

Jour

Nuit

Episodique

Stomie

HYGIENE CORPORELLE, HABILLAGE

Vous faites votre toilette :

Seul(e)

Aide partielle

Aide totale

Précisez : _____

Prenez-vous :

Un bain

Une douche

Allergie à certains produits (précisez) :

Vous vous habillez :

Seul(e)

Aide partielle

Aide totale

Précisez : _____

Vêtements personnels (si oui les marquer avant l'entrée dans l'établissement) :

Oui

Non

VISION

Bonne Port de lunettes Mal voyant Non voyant

AUDITION

Audition correcte Déficit à droite Déficit à gauche
 Surdité Appareillage

Précisez : _____

PAROLE ET COMMUNICATION

Communication facile

Expression :

Correcte Difficile Variable
 Propos confus Aucune communication verbale

Dans ce dernier cas, précisez les autres moyens de communication : _____

Ne parle pas français, précisez : _____

Visite famille Amis Présence aide ménagère Dame de compagnie

Autres, précisez : _____

SOMMEIL

Vos habitudes :

Levers tôt Lever tard Coucher tôt Coucher tard

Précisez : _____

Faites-vous une sieste :

Oui Non

Qualité du sommeil – Précisez : _____

ETAT PSYCHIQUE :

Pas de troubles Troubles de la mémoire Inquiétude
 Dépression Désorientation Déambulation
 Agressivité Fugue

Autres, précisez : _____

HABITATION :

La campagne

La ville

Appartement

Maison individuelle

LOISIRS ACTUELS

La lecture :

Journaux

Revues

Livres

Autres

Précisez : _____

La musique :

Ecouter

Chanter

Jouer

Précisez : _____

Télévision, radio, précisez émission préférées : _____

Cinéma

Spectacles

Précisez quel genre : _____

Activités diverses :

Tricot

Jeux de société

Couture

Sorties

Voyages

Jardinage

Bricolage

Peinture

Broderie

Club

Autre, précisez : _____

Animaux domestiques

Précisez : _____

Date de la demande :

Signature du demandeur :

DOSSIER MEDICAL

Confidentiel médical - A remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin responsable de l'établissement d'accueil

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Appareil cardiovasculaire

- HTA
- AVC
- Trouble du rythme
- Artérite membres inférieurs
- Insuffisance cardiaque
- Maladie thrombo-embolique
- Cardiopathie ischémique
- Hypotension orthostatique
- Stimulateur
- Maladie veineuse chronique

Compléments, précisions, autres :

Affection système nerveux central

Résultat MMS : _____ Daté réalisation : _____

Compléments, précisions, autres :

Appareil locomoteur

Arthrose symptomatique :

- Hanches - Genoux Epauls
- Rhumatisme inflammatoire
- Déformation rachidienne
- Fractures
- Ostéoporose
- Prothèses
- Pathologie des pieds

Compléments, précisions, autres :

Appareil respiratoire – ORL

- Insuffisance respiratoire chronique
- Asthme
- Cancer
- BPCO
- Tuberculose récente
- Trachéotomie

Compléments, précisions, autres :

Appareil digestif

- Ulcère gastrique
- Hernies éventration
- RGO hernie hiatale
- Incontinence anale
- Lithiase biliaire
- Colopathie
- Cancer

Compléments, précisions, autres :

Système nerveux

- Trouble de l'équilibre et chute
- Syndromes extra-pyramidaux
- Comitialité
- Neuropathie périphérique

Appareil Urinaire

- Insuffisance rénale
- Pathologie haut appareil
- Pathologie vésico-prostatique
- Incontinence urinaire

Compléments, précisions, autres :

Compléments, précisions, autres :

Métabolisme endocrinologie

- Diabète insulino-dépendant
- Diabète non insulino-dépendant
- Dysthyroïdie

Compléments, précisions, autres :

Ophtalmologie

- Glaucome
- Chirurgie de l'œil

Compléments, précisions, autres :

Hématologie

Affection caractérisée :

Etat psychique

Affection caractérisée :

A : Aucun **L** : Léger **I** : Important **M** : Majeur

	A	L	I	M
Désorientation TS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du caractère/agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui		Non	
Déambulation/fugue	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alcoolisme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Compléments, précisions, autres :

Dermatologie

- Escarres
- Ulcères

Compléments, précisions, autres :

Appareil génital

- Néoplasie utérine
- Prolapsus
- Cancer du sein
- Pathologie de la ménopause

Pour éviter les examens répétés, les impairs diagnostiques ou thérapeutiques, merci d'indiquer avec précision les lieux et dates des dernières hospitalisations, fournir les comptes-rendus significatifs d'exams ou avis spécialisés.

DONNEES MEDICALES GENERALES

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Poids: _____ Taille : _____

Tension Artérielle : couché _____ Debout : _____

Vaccins (dates) : _____

Transfusion sanguine : Oui Non Date : _____

Le patient a-t-il été hospitalisé récemment ? Oui Non

dans quel service hospitalier : _____

Le patient est-il porteur d'un germe multi - résistant ? Oui Non

lequel ? _____

Patient en ALD : Oui Non Motif : _____

Traitement en cours :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher

Kinésithérapie : Oui Non Type : _____

Régime alimentaire prescrit : Oui Non Lequel : _____

Oxygène

Trachéotomie

Assistance respiratoire

Sonde urinaire

Sonde gastrique

Stomie

Dialyse

L'intéressé(e) est-il indemne de toute affection contagieuse et peut-il sans danger pour lui (elle) et pour son entourage vivre en collectivité ? Oui Non

Orientation souhaitée

Foyer – logement Maison de retraite médicalisée Maison de retraite Long séjour

Connaissez-vous le ou les motifs à l'origine de cette demande ?

Avis du médecin traitant (vivement souhaité) ; est-il d'accord sur la nécessité du placement ?

Souhait-il être contacté par le médecin responsable de l'établissement d'accueil ?

Oui Non

**Un bilan sanguin récent minimal est demandé pour l'admission. Il comprendra : NF, VS, IONO, GLYSEMIE, CALCEMIE, CREATININEMIE, TSH_u, ALBUMINEMIE
Un cliché pulmonaire et un ECG seraient aussi souhaitables.**

AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPES ISO – RESSOURCES

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Grilles A.G.G.I.R.

			A	B	C
01	Cohérence	Converser et se comporter de façon logique et censée			
02	Orientation	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
03	Toilette haut	concerne l'hygiène corporelle du HAUT (visage, tronc, membres supérieures, mains, rasage, coiffage)			
	bas	concerne l'hygiène corporelle du BAS (membres inférieurs, pieds, régions intimes)			
04	Habillage Déshabillage Présentation haut	Vêtements passés par les bras et ou la tête			
	moyen	Fermeture des vêtements : boutonnage, fermetures éclair, ceinture, bretelles, pressions			
	bas	Vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures			
05	Alimentation se servir	Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre...			
	manger	Manger les aliments préparés, les porter à la bouche et les avaler			
06	Elimination urinaire	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire			
	anale	Assumer l'hygiène de l'élimination fécale			
07	Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir ; passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens			
08	Déplacements à l'intérieur	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
09	Déplacements à l'extérieur	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
10	Communication à distance	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...			

A : fait seul totalement, habituellement et correctement **B** : fait partiellement **C** : ne fait pas

Coordonnées du médecin traitant (si celui-ci est différent du médecin rédacteur de ce document) : _____

Coordonnées du médecin rédacteur

Fait à : _____ Le : _____

Signature :

SECRET MEDICAL : Dossier médical à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin coordonnateur de l'établissement d'accueil.