

DOSSIER D'ADMISSION

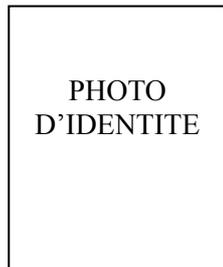
- Renseignements administratifs p 2
- Habitudes de vie et projet d'animation p 5
- Suivi médical p 12

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ACCUEIL INTERNAT

ACCUEIL de JOUR

Précisez la période :



I. ETAT CIVIL

NOM :..... **Prénom** :.....

NOM de jeune de fille :

Date et Lieu de naissance :

Adresse du dernier domicile :

.....
.....

Tel : **Tel portable** :

Situation de famille :

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)/Séparé(e)
- Veuf (ve)
- Vie maritale

Nombre d'enfants :

Coordonnées du demandeur (si différente) :

.....
.....

Tel :

Adresse de la famille ou d'un proche (si différente) :

.....
.....

Tel :

Coordonnées de(s) la/les personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

1/.....
.....

Tel :

2/.....
.....

Tel :

3/.....
.....

Tel :

II. ADMINISTRATIF

Régime de sécurité sociale :

N° Sécurité sociale : Validité 100% :

Coordonnées :
.....

.....

Tel :

Mutuelle /complémentaire santé:

N° Adhérent :

Coordonnées :
.....

.....

Tel :

Mesure de protection :

- Tutelle
- Curatelle
- Curatelle Renforcée
- Sauvegarde de Justice

NOM ou Organisme tuteur ou curateur :

Coordonnées :
.....

.....

Tel :

Si vous n'êtes pas sous mesure de protection, merci de préciser les coordonnées de la personne responsable pour les règlements :

.....
.....

Tel :

HABITUDES DE VIE ET PROJET D'ANIMATION

NOM Prénom :
Rempli le :

Date de naissance :
Par :



Vos passions et loisirs :

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vos souhaits en matière d'activités :

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Description de votre projet de vie : (en quelques lignes)

Description de vos relations aux autres :

Pratiquez-vous régulièrement une activité : OUI NON
Si oui laquelle ?.....
Savez-vous nager ? OUI NON

TACHES MENAGERES

Le résident est capable de :

- | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mettre la table | <input type="checkbox"/> Prendre les vêtements dans l'armoire |
| <input type="checkbox"/> Débarrasser la table | <input type="checkbox"/> Prendre soin des plantes |
| <input type="checkbox"/> Nettoyer la table | <input type="checkbox"/> Prendre soin des animaux |
| <input type="checkbox"/> Balayer | <input type="checkbox"/> Faire ses tartines |
| <input type="checkbox"/> Changer les draps | <input type="checkbox"/> Autres..... |

FICHE D'AUTONOMIE

A : Autonome - AP : Aide partielle - AT : Aide totale

	A	AP	AT	Aide technique utilisée et observations
TRANSFERTS				
Assis – assis				
Assis – debout				
HYGIENE				
Toilette du haut				
Toilette du bas				
Toilette intime				
Shampooing				
Pédicure				
Manucure				

DOUCHE

A : Autonome - AP : Aide partielle - AT : Aide totale

Se mouille	<input type="checkbox"/>	Se savonne seul	<input type="checkbox"/>	Se rince seul	<input type="checkbox"/>
Se sèche seul	<input type="checkbox"/>	Ouvre le robinet seul	<input type="checkbox"/>	Ferme le robinet	<input type="checkbox"/>
Règle la température de l'eau	<input type="checkbox"/>	Utilise un gant	<input type="checkbox"/>	Utilise les produits de façon appropriée	<input type="checkbox"/>

Soins d'apparence				
Rasage à la main				
Rasage électrique				
Se laver les dents				
Nettoyer le dentier pastille + brossage				
Colle à dentier				

HABILLAGE				
Haut				
Bas				
Choisir ses habits				
DESHABILLAGE				
Haut				
Bas				

REPAS				
Porter à la bouche				
Couper les aliments				
ACTIVITES DE LA VIE COURANTE				
Ouvrir et fermer la porte				
Fermer à clef				
Utiliser une sonnette d'appel				
Lire l'heure				
Se souvenir d'un rendez-vous				

APPAREILLAGE :

*** Cocher les cases correspondantes**

Pacemaker

Appareillage Auditif	<input type="checkbox"/>
Oreille droite	<input type="checkbox"/>
Oreille gauche	<input type="checkbox"/>
Les 2 oreilles	<input type="checkbox"/>

Dentier	<input type="checkbox"/>
Dentier Haut	<input type="checkbox"/>
Dentier Bas	<input type="checkbox"/>
Dentier Complet	<input type="checkbox"/>

Autres	<input type="checkbox"/>
Lunettes.	<input type="checkbox"/>
Bas de contention	<input type="checkbox"/>
Chaussettes contention	<input type="checkbox"/>
Casque protection	<input type="checkbox"/>
Semelles orthopédiques	<input type="checkbox"/>
Chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/>

SOMMEIL

Heure du lever :

Heure du coucher :

Normal	<input type="checkbox"/>
Léger	<input type="checkbox"/>
Agité	<input type="checkbox"/>
Lourd	<input type="checkbox"/>
Avec aide médicamenteuse	<input type="checkbox"/>

A des angoisses nocturnes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
A peur de l'obscurité	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Se lève la nuit	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Fait la sieste	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Notes à propos du sommeil

.....

.....

.....

ALIMENTATION

HYDRATATION :

Mixé	<input type="checkbox"/>	Y arrive tout seul	<input type="checkbox"/>
Coupé fin	<input type="checkbox"/>	A un épaississant	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>	A besoin d'une aide partielle	<input type="checkbox"/>
Régime : Lequel :	<input type="checkbox"/>	A besoin d'une aide totale	<input type="checkbox"/>
Petite fourchette pour manger	<input type="checkbox"/>	A un verre adapté	<input type="checkbox"/>
Cuillère à soupe pour manger	<input type="checkbox"/>		

Notes : ex : explication du régime

.....

.....

.....

.....

Que prend il pour le petit déjeuner ?

.....

.....

.....

ELIMINATION

URINES

Autonome	<input type="checkbox"/>		
Incontinence le jour	<input type="checkbox"/>	Continence si on l'accompagne aux WC	<input type="checkbox"/>
Incontinence nocturne	<input type="checkbox"/>		
Sonde urinaire à demeure	<input type="checkbox"/>	Pistolet	<input type="checkbox"/>
		Pénilex	<input type="checkbox"/>

SELLE

Elimination normale	<input type="checkbox"/>	Avec laxatifs	<input type="checkbox"/>	
Autonome	<input type="checkbox"/>	Incontinence partielle	<input type="checkbox"/>	Incontinence totale
Bassin	<input type="checkbox"/>	Colostomie	<input type="checkbox"/>	

CHANGE COMPLET

Protection le Jour	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Protection la Nuit	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Menstruations	Gère ses menstrues	<input type="checkbox"/>	Régulières	<input type="checkbox"/>	Irrégulières	<input type="checkbox"/>	Douloureuses	<input type="checkbox"/>
	Aide pour penser aux changes	<input type="checkbox"/>	Ménopausée	<input type="checkbox"/>				

MOBILITE

Autonome	<input type="checkbox"/>		
Marche avec aide	<input type="checkbox"/>	Marche avec l'aide d'un tiers	<input type="checkbox"/>
Marche avec un déambulateur	<input type="checkbox"/>	Marche avec une canne	<input type="checkbox"/>
Se déplace en fauteuil roulant seul	<input type="checkbox"/>	Se déplace en fauteuil roulant avec l'aide d'un tiers	<input type="checkbox"/>
Se déplace pour de longues marches en fauteuil roulant			<input type="checkbox"/>

Fatigabilité : Oui Non

CONFORT - SECURITE

Autonome	<input type="checkbox"/>	Besoin d'aide partielle	<input type="checkbox"/>	Besoin d'aide totale	<input type="checkbox"/>
Barrières de lit	<input type="checkbox"/>	D'un sol côté	<input type="checkbox"/>	Des deux côtés	<input type="checkbox"/>
Contention au fauteuil	<input type="checkbox"/>	Aide au changement position	<input type="checkbox"/>		
Protocole joint	<input type="checkbox"/>	Personne en capacité d'alerter	<input type="checkbox"/>		

Notes en rapport au confort et sécurité :

.....

.....

.....

.....

MATERIEL A UTILISER

N'a pas besoin de matériel spécifique

Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	Spécial Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Barrières	<input type="checkbox"/>
Lève malade	<input type="checkbox"/>	Béquilles	<input type="checkbox"/>	Canne	<input type="checkbox"/>
Coussin anti-escarres	<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Fauteuil garde robe	<input type="checkbox"/>		

Autres matériels utilisés

.....

RELATION/COMMUNICATION

Comment la personne communique-t-elle ?

.....

.....

.....

Langage verbal utilisé <input type="checkbox"/>	Compréhension langage écrit <input type="checkbox"/>	Besoin d'aide totale <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

Notes langage et communication

.....

.....

.....

Propos confus <input type="checkbox"/>	Difficultés spatiales <input type="checkbox"/>	Désorientat° temporelle <input type="checkbox"/>
Difficulté d'audition <input type="checkbox"/>	Difficulté de compréhension <input type="checkbox"/>	Difficulté de vision <input type="checkbox"/>
Hallucinations <input type="checkbox"/>	Difficulté d'articulation <input type="checkbox"/>	Cris <input type="checkbox"/>

Rapport au tabac

Fumeur

NON Fumeur

Notes en rapport au tabac

.....

.....

.....

	Sans aide	Aide partielle	Aide totale
Gestion de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relations sociales :

La personne montre t-elle un intérêt pour les autres ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Participe t-elle à des activités de groupe ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Cherche t-elle à se faire des amis ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Présente t-elle des difficultés d'ajustement dans ses relations (peur des étrangers, se montre trop familier avec son entourage...) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Vie affective et intime

La personne a t-elle déjà partagée une relation de couple ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
La personne a t-elle besoin d'une relation affective privilégiée ? Préciser.....	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
.....		

NOTES IMPORTANTES A RAJOUTER LE CAS ECHEANT

.....

.....

.....

.....

.....

SUIVI MEDICAL

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

PHOTO
D'IDENTITE

SUIVI MEDICAL

Médecin traitant : Choix du médecin généraliste

Médecin référent dans la structure : Dr Papailhau

Médecin traitant habituel (à condition qu'il se déplace)
Veillez indiquer son NOM
son N° Tél :

Médecin spécialisé : A remplir uniquement pour les résidents en hébergement complet

Suivi spécialisé Oui Non
Si oui, spécialité
- **NOM**
- **NOM**
- **NOM**
- **NOM**

CERTIFICAT DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**tous les renseignements médicaux sont confidentiels et doivent être remplis impérativement par le médecin traitant de l'intéressé(e).*

Nom :

Prénom :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance : .../.../...

Adresse :
.....
.....

Nature de la maladie ou accident ayant provoqué le handicap physique :

Maladie :

Acquise : oui non

Héréditaire : oui non

Congénitale : oui non

Date de début :/...../.....

Accident :

Type :

Date :/...../.....

Histoire complète de la maladie :

Joindre les photocopies (comptes-rendus d'hospitalisation, différents bilans réalisés, interprétations radiographiques).

.....
.....
.....

Tendance évolutive

.....
.....
.....

Antécédents familiaux

.....
.....
.....

Etat général actuel

Poids : Taille : Régime :

Vaccination : Groupe sanguin : Rhésus :

Allergie médicamenteuse

Allergie alimentaire.....

Etat clinique actuel

Examen neurologique :

Paralysie :

Flasque oui non

Spasmodique : oui non

Périphérique : oui non

Niveau d'atteinte médullaire :

.....

Troubles moteurs :

.....

.....

Mouvements anormaux :

.....

.....

Troubles de la sensibilité :

.....
.....
.....

Crises d'Epilepsie : oui non

Si oui : Fréquence :

Dernière crise :

Traitement spécifique :

.....

Troubles sensoriels :

Vue : oui non

Nature

.....

Correction

.....

Audition : oui non

Nature

Correction

.....

Parole : oui non

Nature

Correction

.....

Examen respiratoire

Capacité respiratoire : normale diminuée

Affection respiratoire chronique.....

Trachéotomie : oui non

Ventilation : oui non

Oxygénothérapie : oui non

Examen cardiaque

TA :

Troubles du rythme : oui non

Insuffisance cardiaque : oui non

Troubles coronariens : oui non

Artérites des MI : oui non

Phlébites : oui non

Autres :

Examen appareil digestif

Troubles de mastication : oui non

Troubles de déglutition : oui non

Gastrotomie : oui non

Troubles du métabolisme

Diabète : oui non - ID : oui non

Dyslipidémie: oui non

Régime spécifique :

.....

Incontinence anale : permanent oui non - accidentelle oui non

Constipation : oui non

Traitement actuel :

Examen appareil urinaire

Insuffisance rénale : oui non

Clairance creat :

.....

Incontinence vésicale permanent oui non - accidentelle oui non

☛ Sondages Auto-sondage Fréquence

.....

☛ Penilex : oui non Système fixation :

.....

☛ Sonde vésicale à demeure : oui non

☛ Sonde numéro :

.....

.....

☛ Dérivation urinaire : oui non - Type

.....

Examen cutané

☛ Atrophies : oui non - Localisation :

☛ Escarres : oui non - Localisation :

Etat psychique (Journal compte rendu psychologique/ et ou neuropsychologie)

Troubles liés au handicap

Troubles indépendants de l'handicap

Diagnostic psychiatrique :

.....

.....

.....

Séjours en centres spécialisés : oui non (*joindre photocopies CR de séjours*)

Etat actuel :

.....
.....
.....

Traitement actuel

Médical :

.....
.....
.....

Soins infirmiers

.....
.....

Kinésithérapie

.....
.....

Autre

.....
.....
.....

Nom et adresse du Médecin référent

Signature

Prière de joindre sous pli confidentiel à l'attention du Médecin de l'Etablissement le présent certificat, les comptes-rendus et le détail des prescriptions médicales.