



DEMANDE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE JOUR

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOMS :

NE(E) LE : **AGE :**

A :

DEPARTEMENT :

ANCIENNE PROFESSION :

ADRESSE :

..... **N° de téléphone**..... **Courriel**

NOM ET ADRESSE DE LA FAMILLE LA PLUS PROCHE :

.....

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire ☐
Divorcé(e) ☐

En couple ☐
Concubinage ☐

Veuf(ve) ☐
Séparé ☐

Nombre d'enfants :

CONDITIONS DE VIE :

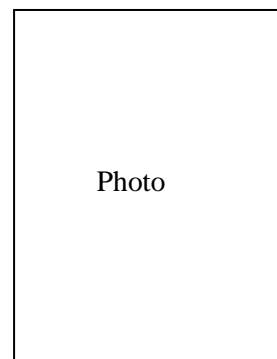
Maison ☐ Appartement ☐

Infirmière ☐
Aide ménagère ☐
Kiné ☐
Assistante sociale ☐

Coordonnées :

MOTIF D'ENTREE :

REGIME DE PROTECTION : Tutelle ☐ Coordonnées :
Curatelle ☐ Coordonnées :
Sauvegarde ☐ Coordonnées :



NOM DU MEDECIN TRAITANT :

ADRESSE : **N° de Tel :**

COUVERTURE SOCIALE :

N° d'immatriculation :

Caisse :

MUTUELLE : N° D'ADHERENT :

ALLOCATION PERSONNALISE D'AUTONOMIE : OUI ☐ NON ☐

TRANSPORT ASSURE PAR : Famille ☐ Autre ☐

RYTHME DES PRISES EN CHARGE EN ACCUEIL :

Lundi : Matin ☐ Après-midi ☐ Journée ☐

Mardi : Matin ☐ Après-midi ☐ Journée ☐

Mercredi : Matin ☐ Après-midi ☐ Journée ☐

Jeudi : Matin ☐ Après-midi ☐ Journée ☐

Vendredi : Matin ☐ Après-midi ☐ Journée ☐

GIRAGE A L'ENTREE :

☐

Je soussigné(e), M, désire m'inscrire sur la liste d'attente de l'Accueil de Jour de la Maison de Retraite du C.C.A.S et m'engage à prévenir l'établissement si je devais abandonner ma demande.

A....., le

(Signature de l'intéressé(e) ou du tuteur)



PERSONNE(S) A CONTACTER

Pour le suivi du dossier

Si vous jugez nécessaire que d'autres personnes que vous-même soient contactées, merci d'inscrire leurs coordonnées ci-dessous.

NOMS, PRENOMS, COORDONNEES POSTALES ET TELEPHONIQUES, COURRIEL
(préciser le degré éventuel de parenté)

Demande d'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées

FICHE MÉDICALE DE PRÉ-ADMISSION

MÉDECIN COORDONNATEUR	
Avis	
Date	Signature

MÉDECIN ÉVALUATEUR	MÉDECIN TRAITANT (si différent de l'évaluateur)
Nom et prénom	Nom et prénom
.....
.....
Adresse	Adresse
.....
.....
.....
N° de téléphone	N° de téléphone

ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS
Nom et Prénom
Nom de jeune fille
Sexe
Date de naissance
Situation maritale
Patient consentant à l'entrée en EHPAD <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> impossible à évaluer
ALD <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, motif
Motif d'entrée <input type="checkbox"/> maintien à domicile difficile
<input type="checkbox"/> sortie d'hospitalisation
<input type="checkbox"/> changement de situation
<input type="checkbox"/> raisons personnelles
<input type="checkbox"/> situation urgente
<input type="checkbox"/> autre
.....

ÉLÉMENTS MÉDICAUX							
Poids	Taille	<input type="checkbox"/> Dénutrition	IMC si connu				
Addiction(s)	<input type="checkbox"/> alcool	<input type="checkbox"/> tabac	<input type="checkbox"/> autre(s).....				
Allergie(s) et intolérance(s)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non					
si oui, la(les)quelle(s)							
				Retentissement			
Pathologie(s) en cours par appareil				Aucun	Léger	Modéré	Sévère
1) Neurologique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s) Si manifestations neuro psychiques, précisez : <input type="checkbox"/> troubles mnésiques <input type="checkbox"/> désorientation temporo-spatiale <input type="checkbox"/> confusion <input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> dépression <input type="checkbox"/> euphorie <input type="checkbox"/> apathie <input type="checkbox"/> agressivité <input type="checkbox"/> agitation <input type="checkbox"/> opposition <input type="checkbox"/> déshinibition <input type="checkbox"/> déambulation <input type="checkbox"/> prostration <input type="checkbox"/> troubles du langage <input type="checkbox"/> propos incohérents <input type="checkbox"/> cris <input type="checkbox"/> hallucinations <input type="checkbox"/> délire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Cardio-vasculaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s) Pace maker <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Pleuro pulmonaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Locomoteur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Génito-urinaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s) si incontinence urinaire <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> permanente				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Rénal <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Digestif <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s) si incontinence fécale <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> permanente				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Endocrinien <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Hématologique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Visuel <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Auditif <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, la(les)quelle(s)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉLÉMENTS MÉDICAUX (SUITE)

Principaux antécédents médicaux - chirurgicaux - psychiatriques

Traitements et soins actuels

► Traitement en cours (nom - posologie - voie d'administration)

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

► Traitement(s) dispensé(s) en structure sanitaire

☐ dialyse ☐ transfusion ☐ chimiothérapie ☐ radiothérapie ☐ autre(s)

► Isolement nécessaire

☐ oui ☐ non

si oui précisez la(les) raison(s) ☐ bactérie multirésistante ☐ autre(s)

► Soins en cours, matériel et aides techniques

pansement(s) ☐ ulcère(s) ☐ escarre(s) ☐ plaie(s)

localisation(s)

☐ stomie(s) localisation(s) et motif(s)

☐ sonde(s) localisation(s) et motif(s)

☐ trachéotomie

☐ oxygénothérapie ☐ 24h/24 ☐ discontinue

☐ kinésithérapie ☐ orthophonie ☐ autre(s)

☐ orthèse(s) ou prothèse(s) précisez la(les)quelle(s)

☐ canne(s) ☐ déambulateur ☐ fauteuil roulant ☐

ACTIVITES :

	<u>AVANT</u>	<u>MAINTENANT</u>
LECTURE		
BRICOLAGE		
JARDINAGE		
TRICOT		
COUTURE		
CUISINE		
MENAGE		
CARTES		
JEUX DE SOCIETE		
ACTUALITE T.V/JOURNAL		
AUTRES		
MUSIQUE		
CHANT		
CINEMA		
PEINTURE		
DANSE		
PROMENADES (préciser) :		
AUTRES :		

ATTACHEMENT PARTICULIER :

- PERSONNES :
- ANIMAUX :
- OBJET :

Au cours des 7 derniers jours :

Date :

Nom et prénom du patient :

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1-Déambule								
2-S'habille, se déshabille								
3-Crache (y compris au cours des repas)								
4-Jure, parle grossièrement								
5- recherche constante d'attention ou d'aide								
6-Répète des questions, des phrases								
7-Donne des coups (y compris à soi-même)								
8-Donne des coups de pied								
9-Cherche à saisir								
10-Bouscule								
11-Lance des objets								
12-Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)								
13-Pousse des hurlements								
14-Mord								
15-Griffe								
16-Essaie d'aller ailleurs (fugues)								
17-Tombe volontairement								
18-Se plaint								
19-Est opposant								
20-Mange/boit des produits non comestibles								
21-Se blesse ou blesse les autres								
22-Manipulation non conforme des objets								
23-Cache les objets								
24-Amasse les objets								
25-Déchire les affaires								
26-Attitude répétitives								
27-Fait des avances sexuelles verbales								
28-Fait des avances sexuelles ou physiquement								
29-Agitation généralité								

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents :

- 0- Non évaluable
- 1- Jamais
- 2- Moins d'une fois par semaine
- 3- Une à deux fois par semaine
- 4- Plus de deux fois par semaine
- 5- Une à deux fois par jour
- 6- Plusieurs fois par jour
- 7- Plusieurs fois par heure



Grille AGGIR
(à compléter par le médecin traitant)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

EVALUATION DE LA DEPENDANCE	Autonomie Fait seul totalement, habituellement, correctement et spontanément.....A Fait partiellement.....B Ne fait pas.....C		
	A	B	C
Cohérence Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée			
Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux			
Toilette Assurer son hygiène corporelle (sauf le dos)			
Haut			
Bas			
Habillage S'habiller, se déshabiller			
Haut			
Boutonner, agraffer			
Moyen			
Bas			
Alimentation Se servir			
Manger les aliments préparés			
Elimination Urinaire			
Fécale			
Transfert Se lever, se coucher, s'asseoir			
Déplacement à l'intérieur Canne, déambulateur, fauteuil roulant (rayer la mention inutile)			

NOM du médecin évaluateur :

GROUPE GIR
(cadre réservé à
l'administration)

Date :



LISTE DES PIECES A FOURNIR

1) COPIES :

- de l'intégralité du/des livret(s) de famille
ou de la pièce d'identité, pour les célibataires ☐
 - de l'attestation d'**Assuré Social**
(et non pas de la copie de la carte vitale) ☐
 - de la carte **Mutuelle** ☐
 - de l'ordonnance justifiant le traitement en cours ainsi que les
renouvellements ☐
 - de l'attestation responsabilité civile individuelle vie privée en cours ☐
- et s'il y a lieu :
- du jugement de protection juridique ☐
 - des notifications Allocation Personnalisée d'Autonomie ☐

2) DOCUMENTS COMPLETES à glisser dans le dossier d'admission :

- Demande d'inscription signée ☐
- Fiche de renseignements médicaux (à retourner sous pli cacheté) ☐
- Grille d'évaluation de la dépendance ☐