

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

1. Coordonnées

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

Numéro de téléphone fixe : Portable :

E-mail :

Personne et adresse de facturation (si différente de celle de la personne accueillie) :

.....

.....

.....

Démarche à l'initiative de :

La personne concernée

La famille :

Le médecin :

Autre :

➔ Si la démarche n'est pas à l'initiative de la personne accueillie : est-elle informée de la demande d'admission en Accueil de jour ? Oui Non

➔ Est-elle consentante ? Oui Non

2. Situation sociale et familiale

Situation maritale :

- Célibataire Marié(e) Concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)

Entourage familial :

Nom			
Prénom			
Adresse			
Téléphone			
E-Mail			

3. Logement

- Habite seul(e) Avec :
- Habite en appartement : Etage Ascenseur Code :
- Habite en maison
- Habite en foyer logement ou résidence autonomie

4. Régime de protection

- Sauvegarde de justice
- Curatelle
- Curatelle renforcée
- Habilitation familiale
- Tutelle

Coordonnées

Nom et Prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

Numéro de téléphone :

E-mail :

.....

5. APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Dossier réalisé : Oui Non Demande en cours

GIR (Groupe Iso Ressources) : 1 2 3 4 5 6 Date : _____

6. Intervenants

	Nom et téléphone	Jour de présence	Horaires
Aide à domicile (ménage, toilette, courses, etc.)			
Infirmier			
Kinésithérapeute			
Orthophoniste			
Médecin traitant			
Gériatre			
Portage de repas			
Autre (Equipe Spécialisé Alzheimer, Centre Médico-Psychologique, psychomotricien, etc.)			

HABITUDES DE VIE

1. Alimentation

Régime :

Normal Sans sel Diabétique Sans porc Autre :

Texture : Normal Haché Mixé

Prise des repas : Autonome Aide partielle Aide totale

Risque de fausses routes : Non Oui : Liquide Solide

Allergies connues :

Aliments appréciés :

Aliments détestés :

2. Autonomie

Appareillage :

Appareil	Non	Oui
Lunettes		
Prothèses auditives		<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Prothèses dentaires		<input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas
Pace Maker		Depuis :

Mobilisation :

Aide à la marche :

Aucune Canne Déambulateur Fauteuil Roulant Aide humaine

Déplacements à l'intérieur : Autonome Aide

Déplacements à l'extérieur : Autonome Aide

Toilette : Autonome Aide partielle Aide totale

Habillage : Autonome Aide partielle Aide totale

Continence : Urinaire : Continent Incontinent : Jour Nuit
Fécale : Continent Incontinent : Jour Nuit
Port d'une protection : Non Oui : Type :

Gestion des protections : Autonome Aide partielle Aide totale

Orientation : Dans l'espace : Non Oui
Dans le temps : Non Oui

Sommeil : Heure du lever :

 Heure du coucher :

 Sieste : Non Oui : A quel moment :

3. Activités		
	Avant	Maintenant
Cuisine		
Musique		
Sports		
Jeux de société		
Cinéma		
Loisirs		
Sorties		
Autres		

Occupations et habitudes quotidiennes: Quelle est la journée type à la maison ?

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

4. Parcours de vie

Veillez répondre aux questions suivantes afin d'optimiser la prise en charge :

- Main dominante : Droite Gauche
- Langues parlées :
- Professions exercées :
- Niveau d'études :
- Pratiquez-vous une religion ? Si oui, laquelle :

- Souvenirs d'enfance/de vie :
.....
.....
.....

- Faits marquants :
.....
.....
.....

- Dates importantes :
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



A faire remplir par le médecin traitant ou gériatre

1. Diagnostic et/ou motif de la demande

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



Joindre les comptes rendus récents de consultations, bilans ou hospitalisations.

MMS (Minimal Mental State) : __ / __ Date : _____

Antécédents

Médicaux

Chirurgicaux

Psychiatriques

Non

Oui

Diabètes

Insulino-dépendant :

Allergie connues

Lesquelles :

Vaccination à jour

2. Traitements

Joindre une ordonnance à jour OU remplir le tableau suivant :

Traitements	Posologie	Moment de prise		
		MATIN	MIDI	SOIR

Prise des médicaments : Autonome Aide partielle Aide totale

3. Conduites à risque

	Non	Oui
Fausses routes		
Chutes		
Fugues		
Tabac		
Alcool		

4. Symptômes psycho-comportementaux

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Idées délirantes | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Désinhibition | <input type="checkbox"/> Agressivité physique | <input type="checkbox"/> Euphorie |
| <input type="checkbox"/> Hallucinations | <input type="checkbox"/> Désorientation | <input type="checkbox"/> Apathie |
| <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Comportements répétitifs |
| <input type="checkbox"/> Déambulation | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Comportement moteur
aberrant |
| <input type="checkbox"/> Agressivité verbale | <input type="checkbox"/> Exhibitionnisme | |

5. Autonomie :

		A*	B*	C*
Transferts				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

*A : Fait seul les actes de la vie quotidienne de façon spontanée et autonome.

*B : Fait partiellement de façon non spontanée.

*C : Ne fait pas du tout, ni spontanément ni totalement.

GIR (Groupe Iso Ressources) : 1 2 3 4 5 6

Fait à :

Le :

Par :

En ma qualité de :

Signature et tampon :

PIECES A FOURNIR

- 1.** La notification APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
- 2.** Les documents médicaux à jour (consultation médicale, hospitalisation, bilans mémoire, ordonnance si besoin)
- 3.** Une photocopie de la carte d'identité
- 4.** Une photocopie de l'attestation de la sécurité sociale ou de la carte vitale
- 5.** Une photocopie de la mutuelle
- 6.** Une photocopie de l'attestation responsabilité civile
- 7.** Une photocopie de la notification de mise sous protection juridique (curatelle, tutelle, autre)