



**DOSSIER ADMINISTRATIF D'INSCRIPTION**

<p><b>Ne pas remplir : partie réservée à l'Etablissement</b></p> <p>Date d'entrée..... Unité de Vie.....</p> <p>Provenance.....</p>	<p>Date de réception du dossier.....</p>	<p>GIR : .....</p> <p>CH 1 2 n° : ..... P F</p>
---	--	---

NOM - prénoms : ..... NOM de jeune fille : ..... Né(e) le : ..... à : .....

Adresse personnelle : ..... CP - VILLE : .....

Tél : .....

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Concubin(e) Depuis le : .....

NOM - Prénom du Conjoint : ..... Date de Naissance : ..... Tél : .....

Adresse personnelle : ..... CP - VILLE : .....

Courriel : .....@.....

Quelle profession avez-vous exercée ? Le Résident : ..... Son conjoint : .....

<b>ENFANTS</b>					Nombre d'enfants : .....
NOM – Prénom	Sexe F -M	Né(e) le	Décédé(e) le	Adresse - CP – VILLE	Téléphones
.....	...	..../..	..../..	.....	.....
.....	...	..../..	..../..	.....	.....
.....	...	..../..	..../..	.....	.....
.....	...	..../..	..../..	.....	.....
.....	...	..../..	..../..	.....	.....
.....	...	..../..	..../..	.....	.....

Situation particulière (à préciser : remariage ou autres...) : .....

.....

<b>AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE OU AMIS</b>			
NOM – Prénom	Lien de parenté	Adresse – CP - Ville	Téléphone
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**REFERENT ADMINISTRATIF :**

NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté éventuel : .....

Adresse : ..... CP - Ville : .....

Téléphones : ..... Courriel : .....@.....

**Mesure de protection :** oui  non  en cours :  Sauvegarde de justice  Mandat spécial  Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée

**CAISSE DE SECURITE SOCIALE**

NOM : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

N ° : ..... A.L.D. (100 %) oui  non  en cours :

**MUTUELLE** oui  non  en cours :

NOM : ..... Téléphone : ..... N ° adhérent : .....

Adresse : .....

**Couverture Maladie Universelle** oui  non  en cours :

REMARQUES :

Date de la demande : ..... Nom et Prénom du **demandeur** : ..... **Signature** :



Directeur : Mme J. RIVIERE  
Médecin coordinateur : Dr S. LAFARGUE  
Cadre Supérieur de Santé : Mme A. PERON

## DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

**A faire remplir par le médecin qui suit la personne actuellement :**

Date de remplissage : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Date de naissance :** | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Adresse : .....  
..... Téléphone : .....  
.....

**Situation Familiale :**

**Nombre d'enfants :**

Protection Juridique : Sauvegarde  Curatelle  Tutelle  En cours  A prévoir

Situation Actuelle : Domicile :

Hospitalisation :  lieu et service : .....

Convalescence :  lieu et service : .....

**Demandeur :**

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : .....

Adresse : .....  
..... Téléphone : .....  
.....

**Médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse : ..... : Téléphone : .....

..... Fax : .....

## MOTIF D'ADMISSION

## ANTECEDENTS

**Médicaux :** \_\_\_\_\_

**Chirurgicaux :** \_\_\_\_\_

**Psychiatriques :** \_\_\_\_\_

**Allergie :** \_\_\_\_\_

**Alcool / Tabac :** \_\_\_\_\_

**Antécédent d'infection :**

Portage BMR :

**Antécédent de fugue :**

**Pace Maker :**

lieu de pose :

Dernier contrôle :

**VACCINATIONS :**

## Pathologies en cours

# EXAMEN CLINIQUE

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_  
 Amaigrissement récent : Oui :  Non :

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_ Texture : \_\_\_\_\_

**Escarres** : \_\_\_\_\_ Localisation : \_\_\_\_\_  
 Stade : \_\_\_\_\_

**Douleurs chroniques** : \_\_\_\_\_

**Séquelles neurologiques** : \_\_\_\_\_

**Troubles mnésiques** : Suivi cs mémoire : \_\_\_\_\_ MMS test : /30

**Troubles du comportement** : Oui :  Non :  Type : \_\_\_\_\_

**Déficits sensoriels** : Vue :  Audition :  Risque de chute :  Risque de fécalome :

**Prothèse (s)** : Auditive :  Orthopédique :  Oculaire :  Dentaire :

**Aides techniques** :  
 Canes  personnelles Déambulateur  personnel Fauteuil roulant  personnel  
 à prévoir  à prévoir  à prévoir

Matelas ou sur-matelas anti-escarre  personnel Coussin anti-escarre  personnel  
 à prévoir  à prévoir

Gastrostomie  Oxygène  Autre : \_\_\_\_\_

**Centres d'intérêt** : .....  
 .....

**Souhaite** :  
 Chambre individuelle  Chambre double  Indifférent   
 Téléphone

## Traitement médicamenteux

Médicament et dosage	8h	12h	18h	coucher

**Rééducation** :  
 Kinésithérapie :  Ergothérapie :  Orthophonie :

# EVALUATION DE LA DEPENDANCE

**REPONDRE PAR : A = fait seul totalement, habituellement, correctement**

B = fait partiellement

C = ne fait pas

VARIABLES	A	B	C	OBSERVATIONS
<b>Cohérence</b> Converser et / ou se comporter de façon sensée				
<b>Orientation</b> Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux				
<b>Toilette HAUT</b> Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains				
<b>Toilette BAS</b> Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds				
<b>Habillage HAUT</b> Le fait de passer des vêtements par la tête et / ou par les bras				
<b>Habillage MOYEN</b> Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture ou des bretelles				
<b>Habillage BAS</b> Le fait de passer des vêtements par le bas du corps y compris les chaussettes, les bas, et les chaussures				
<b>Alimentation : SE SERVIR</b> Couper sa viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre				
<b>Alimentation : MANGER</b> Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler				
<b>Élimination urinaire</b> Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire				Type de changes :
<b>Élimination fécale</b> Assurer l'hygiène de l'élimination fécale				Type de changes :
<b>Transferts</b> Se lever, se coucher, s'asseoir				
<b>Déplacements à l'intérieur</b> Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant				
<b>Déplacements à l'extérieur</b> A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport				
<b>Communication à distance</b> Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette,...dans le but d'alerter				

DATE ET CACHET DU MEDECIN

GIR =