

4. Entourage

Nom :		Prénom :	
Adresse :		Lien :	
Tél. Privé :		Tél. prof :	
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Lien :	
Tél. Privé :		Tél. prof :	
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Lien :	
Tél. Privé :		Tél. prof :	
Service social ou autre :			
Clé déposée chez :			
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Lien :	
Tél. Privé :		Tél. Prof. :	

5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

Entourage :		Conditions Logement :	
Vit seul(e)	<input type="checkbox"/>	étage	nombre.....
Avec conjoint	<input type="checkbox"/>	pièces	nombre.....
Avec enfants	<input type="checkbox"/>	escalier	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser)	ascenseur	<input type="checkbox"/>
.....		salle de bains	<input type="checkbox"/>
		eau chaude	<input type="checkbox"/>
Logement :		chauffage central	<input type="checkbox"/>
appartement	<input type="checkbox"/>	cuisinière à gaz	<input type="checkbox"/>
villa	<input type="checkbox"/>	cuisinière électrique	<input type="checkbox"/>
immeuble avec encadrement	<input type="checkbox"/>	système de sécurité	<input type="checkbox"/>
établissement long séjour	<input type="checkbox"/>	autre(s) remarque(s) :	
		

Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc...) :

Activités, loisirs :

6. Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)

Activité :	seul	avec aide	dépendant	Activité :	seul	avec aide	dépendant
boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aller à selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	préparer le repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se coucher / se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déplacement à l'aide de (préciser)				faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins spécifiques :	oui	non		Moyens auxiliaires :	oui	non	
soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		prothèse dentaire supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		prothèse dentaire inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		autre (préciser) :			
lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Autre (préciser) :				Incontinence :	oui	non	
				urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rythme veille/sommeil	oui	non		selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Respiration :	oui	non	
avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etat Psychique :	oui	non		expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Comportement :	oui	non	
orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		état dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime alimentaire (préciser) :				agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Résumé de séjour, projets de soins, protocole de prise en charge :

MRSA (cocher ce qui convient) : oui non

Etabli par (en majuscule svp) : _____ Date : _____ Signature du client : _____

9. Décision du destinataire de la demande d'admission

Acceptation de la demande : oui non Date :

Si refus, motifs :

En attente, motifs :