



#### 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"/>
<b>Logement :</b>		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"/>
<b>Soins spécifiques :</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>		<b>Moyens auxiliaires :</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	
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) : .....				<b>Incontinence :</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	
				urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Rythme veille/sommeil</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>		selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Respiration :</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	
perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Etat Psychique :</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>		expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Comportement :</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	
orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Tendance aux chutes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Risque de fugue</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Régime alimentaire</b> (préciser) : ..... .....				état dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				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 : .....