

3. ENTOURAGE / REPOUNDANT

| Nom, prénom | Lien | Adresse et Email | Téléphone |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4. CONDITIONS DE VIE

| | | | |
|---|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Entourage: | COCHER | Logement: | COCHER |
| Vit seul | <input type="checkbox"/> | Appartement | <input type="checkbox"/> |
| Avec conjoint | <input type="checkbox"/> | Villa | <input type="checkbox"/> |
| Avec enfant(s) | <input type="checkbox"/> | IEPA | <input type="checkbox"/> |
| Animal domestique | <input type="checkbox"/> | | |
| Entourage - Préciser : | <input type="text"/> | | |
| Logement - Autre : | <input type="text"/> | | |
| Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc.) : | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Activités, loisirs : | <input type="text"/> | | |
| Encadrement médico-social à domicile : | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> |
| | | | Non |
| Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) : | | | |

5. MOTIFS DE LA DEMANDE

6. PREPARATION A L'ADMISSION

Documents en annexe : Oui Non

Lesquels :

Personne de contact pour annoncer l'admission :

Nom :

Adresse :

N° de tel. :

Demande d'admission établie le :

Signature:

par :

Nom: Prénom: Né(e)le:

7. ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

| Entourage | Seul | Avec aide | Dépendant | Logement | 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 la 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 ses courses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Préparer les repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faire la lessive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Monter les escaliers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faire le ménage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se coucher/Se lever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faire le lit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soins spécifiques | Oui | Non | | Moyens aux. et matériel | Oui | Non | |
| Soins d'escarres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Prothèse dentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pansements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Lunettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sonde à demeure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Appareil(s) acoustique(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Urostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Matelas anti-escarre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Colostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | PEG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Trachéostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | CPAP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autre : | | | | Oxygène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sommeil / rythme | Oui | Non | | Respiration | Oui | Non | |
| Normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Sans problèmes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Perturbé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Souffle court | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Avec médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Expectorations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Incontinence | Oui | Non | | Tendance aux chutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Urine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Risque de fugues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Selles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Etat psychique | Oui | Non | |
| Comportement | Oui | Non | | Sans problème | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Calme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Orienté dans le temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Agité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Orienté dans l'espace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Anxieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Reconnait les personnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Agressif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Etat 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"/> | | | | | |

Régime alimentaire (Oui) / (Non) - préciser:

Fumeur (Oui) / (Non) - préciser:

MRSA (Oui) / (Non) - préciser: