

Renseignements administratifs et financiers

Un certain nombre de renseignements administratifs et financiers sont demandés par les établissements.

Sont à fournir dès maintenant :

- Titres de pensions ou de rentes - nom des organismes...
- Attestation de Sécurité Sociale et mutuelle
- Engagement de paiement ou engagement de demande d'aide sociale.

Seront à fournir au moment de l'admission, selon les établissements :

- Carte d'invalidité, aide personnalisée au logement, allocation personnalisée d'autonomie, affection de longue durée, jugement de tutelle ou de curatelle, etc.

Autres informations

Indiquer ci-après les éléments particuliers à prendre en compte :

- degré d'urgence de la demande
- conditions de vie actuelle, hospitalisation, événements familiaux récents, éléments biographiques importants, profession, langue parlée, religion...

Identification de la personne qui remplit la partie administrative et sociale (p 1-2) de la demande

Coordonnées :

Téléphone :

Date de la demande :

Date souhaitée d'admission :

Signature

Evaluation fonctionnelle

A remplir par le médecin et/ou par l'infirmière et/ou l'équipe médico sociale avec l'aide de l'entourage si possible. L'évaluation fonctionnelle est une partie essentielle de la demande d'inscription.
La précision des informations permet l'adéquation de l'orientation de la personne vers une structure adaptée.

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |

GRILLE A.G.G.I.R. Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource	Fait seul Totalement Habituellement Correctement	Fait partiellement ou non habituellement ou non correctement	Ne fait pas
Cohérence (converser et/ou se comporter de façon logique et sensée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette du haut (visage, mains, rasage, coiffure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette du bas (toilette intime, membres inférieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du haut (vêtements enfilés par la tête et les bras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage moyen (boutonnage, ceinture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du bas (pantalons, bas, chaussage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation : se servir (couper la viande, peler un fruit, remplir son verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation : manger (porter les aliments à la bouche et avaler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination urinaire (en assurer l'hygiène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination fécale (en assurer l'hygiène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'intérieur (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur (à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance (utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation fonctionnelle : autres éléments

Poids (indispensable) :

Taille :

Troubles visuels : Non

Peu invalidants

Très invalidants

Troubles auditifs : Non

Peu invalidants

Très invalidants

Communication verbale : Aisée

Difficile

Impossible

Comportement et état psychique :

	Oui	Non
• Troubles du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles de la compréhension :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Déambulation, errance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Agitation, agressivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Passivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Douleurs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Etat cutané : Normal Ulcération Localisation :

Escarre Localisation :

Régime alimentaire :

Aides techniques (cadre de marche, fauteuil roulant, soulève-malade, matelas anti-escarres, etc) :

Soins techniques infirmiers (sonde, pansements, stomies, injections, chambre d'injection, etc) :

Soins de rééducation :

Commentaires sur l'évaluation fonctionnelle _____

Identification de la personne qui remplit la partie évaluation fonctionnelle (p 3-4) de la demande _____

Coordonnées :

Téléphone:

Date :

Signature

Confidentiel

Informations médicales _____

A remplir par le médecin traitant ou le médecin hospitalier.

A établir pour chaque établissement où il y a une inscription **et à mettre sous enveloppe.**

Nom :

Prénom :

Antécédents essentiels (et dates) :

Diagnostics actuels les plus significatifs (et dates), données cliniques :

Contexte évolutif :

Quels sont les pronostics envisagés sur le plan fonctionnel et l'évolution pathologique prévisible ?

Traitement médicamenteux :

(Indiquer s'il y a des allergies et des régimes alimentaires)

Surveillance :

Quels sont les éléments de surveillance et de suivi médical que vous recommandez ?

Identification du médecin _____

Coordonnées :

Téléphone :

Date :

Signature et cachet



Pour des raisons de confidentialité :

Plier la feuille en deux et encoller (ou agrapier) le bandeau grisé.

COLLER / AGRAPHER