

DEMANDE D'ADMISSION QUESTIONNAIRE MEDICAL

Renseignements strictement confidentiels

Document à remplir par le Médecin Traitant / Médecin hospitalier et merci de bien vouloir nous le retourner à l'intention du Médecin Responsable de l'EMS Résidence de Saconnay.

1. Données personnelles

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

N° postal : Localité :

N° téléphone :

Profession exercée auparavant :

Origine :

Confession :

Langue(s) parlée (s) :

Etat civil :

Hospitalisé (e) au moment de la demande oui non

Si oui, depuis le :

Nom de l'établissement :

Médecin traitant habituel :

Autres médecins :

2. Renseignements administratifs

N° AVS : N°SPC :

N°Assuré : Autres rentes :

Caisse maladie :

Adresse :

Médecin traitant (Nom) :

Adresse :

N° téléphone :

Adresse e-mail :

Médecin Traitant : Vous est-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'EMS Résidence de Saconnay : Oui Non

Curatelle (Nom) :

Adresse :

N° téléphone :

Inscription auprès d'autres établissements : oui non

Si oui, lesquels :

3. Entourage

Nom, prénom	Lien	Adresse	Téléphone

4. Conditions de vie

Entourage : Cocher

Vit seul

Avec conjoint

Avec enfant (s)

Animal domestique

Logement : Cocher

Appartement

Maison

IEPA

Foyer de jour

Brève histoire de vie (faits marquants) :

.....
.....
.....
.....

Activités, loisirs :

.....
.....
.....

Encadrement médico-social actuel : oui non

Si oui, quelle(s) prestation(s) et à quelle fréquence ?

.....

5. Motif de la demande

Qui désire le placement ? :

Pourquoi ? :

.....
.....
.....
.....
.....

6. Diagnostic(s) actuel(s)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Actes de la vie quotidienne

Autonomie	Seul	Avec aide	Dépendant
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Logement	Seul	Avec aide	Dépendant
Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire le ménage	<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
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trachéostomie

Moyens aux. et matériel

Oui

Non

Prothèse dentaire

Lunettes

Appareil(s) acoustique(s)

Matelas anti-escarre

- PEG

- CPAP

Oxygène

Sommeil / rythme

Oui

Non

Normal

Perturbé

Avec médicaments

Respiration

Oui

Non

Sans problèmes

Souffle court

Expectorations

Incontinence

Oui

Non

Urine

Selles

Tendance aux chutes

Oui

Non

Risque de fugues

Oui

Non

Comportement

Oui

Non

Calme

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Agité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anxieux | <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"/> |

Etat psychique

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| Sans problème | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Oui | Non |
| Orienté dans le temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orienté dans l'espace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnait les personnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Régime alimentaire

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, précisez

.....

.....

Fumeur

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MRSA

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Préparation à l'admission

Documents annexes : oui non

Lesquels :

.....

.....

Personne de contact pour annoncer l'admission :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Lieu & Date : Timbre & Signature :

10. Préavis du Médecin Répondant de l'EMS Résidence de Saconnay

Favorable

Défavorable

Date : Signature :