



l'Occitane
résidence retraite

DOSSIER ADMISSION EN ETABLISSEMENT

Bassin gérontologique n 11

Date de réception :

NOM.....PRENOM.....

NOM de jeune fille.....

Date de naissance.....à.....

Adresse (de plus de trois mois).....

.....

.....

.....

Téléphone.....

Situation de famille :

☐ célibataire

☐ concubin

☐ marié

☐ divorcé (e)

☐ Veuf (ve)

APA à domicile

☐ oui

☐ non

Coordonnées r f rent familial, tuteur ou curateur, personne de confiance

NOM.....PRENOM.....

Adresse.....

.....

.....

Téléphone.....

Téléphone.....

Portable.....

Adresse mail

Motif de la demande

Médecin traitant

Téléphone

Kinésithérapeute

Téléphone

Infirmier

Téléphone

Spécialiste

Téléphone

Autres

Téléphone

MEDECIN TRAITANT :.....

MOTIF D'ENTREE :

POIDS :

TAILLE :

IMC :

GIR :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

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

ALLERGIE :

Tabagisme ::

OH :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :.....

.....
.....

ETAT PATHOLOGIQUE ACTUEL

CARDIO-VASCULAIRE

Insuffisance cardiaque : Droite ☐ Gauche ☐ GLOBALE ☐

Equilibrée ☐ Non équilibrée ☐

Etiologie :

.....

TA : POULS :

Coronaropathie : OUI ☐ NON ☐

.....

Aigue ☐ Chronique ☐

Trouble du rythme :

Traité ☐ Non traité ☐

Pace Maker et joindre les caractéristiques :

Phlébites :

Embolies et thromboses artérielles :

Artériopathies chroniques :

Hypotension orthostatique : OUI ☐ NON ☐

NEUROLOGIQUE et PSYCHIATRIQUE

Malaises, vertiges, perte de connaissance brève, chute :

.....AVC :

.....

.....

Epilepsie, comitialité focale ou généralisée :

.....

Syndrome parkinsonien :

.....

Syndrome confusionnel aigu ou chronique :

.....

.....

Trouble chronique du comportement :

☐ Troubles caractériels ☐

☐ Troubles du sommeil ☐

☐ Etats dépressifs ☐

☐ Echelle de la dépression :

☐ Etats anxieux ☐

☐ Psychoses, délires, hallucinations :

Aigus ☐

Chroniques ☐

☐ Syndromes démentiels :

MMS :

Oligophrénie :

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Broncho-pleuro-pneumopathies :

Aigus ☐

Chroniques ☐

Insuffisance respiratoire :

Oxygénothérapie au long cours

oui ☐

non ☐

Embolies pulmonaires :

Migration aiguë ☐

et/ou récidivante ☐

Asthme :

Tuberculose :

Tabagisme : nbre PA :

PATHOLOGIES INFECTIEUSES

Etat infectieux généralisés :

aigus ☐

chronique ☐

Syndrome infectieux locaux :

OUI ☐

NON ☐

Infections urinaires basses :

Vaccinations :

DTP		ROR	
BCG		PNEUMO 23	
TUBERCULINE		HEPATITE B	

AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES

Escarres, ulcère, et autres plaies :

Autres lésions cutanées graves

AFFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRE

Pathologie de la hanche :

Fracture OUI ☐ NON ☐

Pathologie de l'épaule :

Fracture OUI ☐ NON ☐

Pathologie vertébro-discale :

Fracture OUI ☐ NON ☐

Pathologie osseuse d'autres localisations :

Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations :

PR ☐ Goutte ☐ Chondrocalcinose ☐

Troubles de la marche :

Echelle de la douleur :

AFFECTION GASTRO-ENTEROLOGIQUES

Syndromes digestifs hauts :

Syndromes abdominaux :

Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique :

.....

Dénutrition :

☐ Nutrition parentérale

☐ Gastrotomies

☐ Sonde naso-gastrique

IMC :

Albuminémie :

CRP :

AFFECTIONS ENDOCRINIENNES

Diabète :

.....

Dysthyroïdie :

.....

Trouble de l'hydratation :

.....

AFFECTIONS URO-NEPHROLOGIQUES

Rétention urinaire :

Sonde à demeure :

Insuffisance rénale :

Clairance de la CREATININE :

Etiologie :

Dialyse :

Incontinences : ☐ OUI ☐ NON ☐ Sonde à demeure

Protection : ☐ OUI ☐ NON

GYNECOLOGIQUE

☐ Cystocèle

☐ Rectocèle

AUTRES DOMAINES PATHOLOGIQUES

Anémies :

Par saignement :

Hémopathies malignes :

Inflammatoire :

Par insuffisance rénale chronique :

Réfractaire ou hémolytiques :

Etats cancéreux :

Tumeurs solides :

Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique :

.....

Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliquées :

.....

ORL

Audition : ☐ bonne ☐ moyenne ☐ faible

OPHTALMOLOGIQUE

Vue : ☐ bonne ☐ moyenne ☐ faible

Pathologies oculaires évolutives :

☐ Glaucome

☐ Rétinopathie

DENTAIRE

Prothèse dentaire : ☐ haut ☐ bas

Etat buccal :

.....

ETAT TERMINAL SOINS PALLIATIFS

☐ Conscient

☐ Inconscient

AUTRES PATHOLOGIES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUATION DE L'AUTONOMIE

(A remplir par la famille avec l'aide de l'infirmière ou du médecin)

COHERENCE

Attention

- ☐ Pas de trouble
- ☐ Est capable de fixer si intérêt
- ☐ Incapable de se fixer plus d'un quart d'heure
- ☐ Incapable de se concentrer

Compréhension

- ☐ Aucun trouble
- ☐ Trouble face à une information
- ☐ Comprend les ordres simples
- ☐ Aucune compréhension
- ☐ Troubles praxiques

Comportement

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Pas de troubles | ☐ Repli sur soi | ☐ Etat dépressif |
| ☐ Troubles épisodiques | ☐ Agressivité | |
| ☐ Troubles fréquents | ☐ Agitation | |
| ☐ Troubles permanents | ☐ Fugues | |

Gestion

- ☐ Gère son budget
- ☐ Gère ses biens

ORIENTATION ET MEMOIRE

- ☐ Bonne
- ☐ Perturbation épisodique
- ☐ Ne se situe pas par rapport aux repas et ne trouve pas sa chambre
- ☐ Totalement désorienté dans le temps
- ☐ Totalement désorienté dans l'espace
- ☐ Aucune mémoire

TOILETTE

- ☐ Se lave seul
- ☐ Se lave seul le visage, les mains et le buste
- ☐ Stimulation, contrôle tout au long de la toilette
- ☐ Entièrement dépendant

HABILLAGE

- ☐ S'habille et se déshabille seul
- ☐ Préparation du linge par un tiers
- ☐ Besoin d'une aide partielle (boutonnage, enfiler les bas...)
- ☐ Stimulation et contrôle tout au long de l'habillage
- ☐ Aide totale

ALIMENTATION

- ☐ Régime particulier, lequel :
- ☐ Autonomie
- ☐ Aide pour couper la viande et peler les fruits
- ☐ Stimulation pour manger et boire
- ☐ A besoin d'une personne pour se nourrir
- ☐ Prothèse dentaire
- ☐ Troubles de la déglutition
- ☐ Stomie

ELIMINATION

- ☐ Continent ☐ jour ☐ nuit
- ☐ Incontinence occasionnelle
- ☐ Incontinence : ☐ Urinaire ☐ Diurne ☐ Nocturne
- ☐ Incontinence : ☐ Fécale ☐ Diurne ☐ Nocturne
- ☐ Sonde vésicale
- ☐ Colostomie
- Gestion de l'incontinence : ☐ par la personne ☐ par un tiers ☐ protection

TRANSFERT

- ☐ Se lève seul ☐ Se couche seul
- ☐ A stimuler
- ☐ Avec l'aide d'une personne
- ☐ Aide de 2 personnes minima ☐ Lève malade ☐ Verticalisateur

DEPLACEMENT INTERIEUR

- ☐ Autonome (se déplace seul, sans aide)
- ☐ Aide occasionnelle, stimulation
- ☐ Aide d'une personne
- ☐ Fauteuil roulant ☐ Déambulateur ☐ Canne
- ☐ Complètement dépendant
- ☐ Risques de chutes Fréquence.....

DEPLACEMENT EXTERIEUR

- Capacité à se déplacer à l'extérieur du bâtiment
- ☐ Avec aide ☐ Sans aide

COMMUNICATION A DISTANCE

- ☐ Capacité Sensori-motrices ☐ Surdité totale ☐ Surdité partielle ☐ Appareillage
- ☐ Cécité Totale ☐ Cécité partielle ☐ Appareillage
- ☐ Aphasie
- ☐ Troubles du langage et de la parole

☐ Douleurs quelles.....
☐ Capacité à appeler ☐ Téléphone ☐ Sonnette

GIR :

Évalué le

Fait le par

NOTES