

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

NOM : _____

Prénom(s) : _____

Situation de famille : célibataire marié(e) veuf(ve) séparé(e)
 divorcé(e) concubin(e) pacsé(e) depuis le : _____

Adresse du résidant : _____

_____ ☎ : _____

Adresse d'origine : _____

_____ ☎ : _____

Médecin traitant : _____ ☎ : _____

Infirmière : _____ ☎ : _____

Etablissement hospitalier antérieur : _____ ☎ : _____

PERSONNES A CONTACTER (par ordre de priorité)

Nom et Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

☎ : _____ 📱 : _____ @ : _____

Nom et Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

☎ : _____ 📱 : _____ @ : _____

Nom et Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

 : _____  : _____ @ : _____

CARACTERISTIQUES PHYSIQUES

MOBILITE

Autonome En fauteuil roulant Avec une canne

Accompagné(e) Avec déambulateur Avec un tiers et fauteuil

Se déplace à l'intérieur du lieu de vie

Se déplace à l'extérieur

Hémiplégie droite gauche

Prothèse Membre : _____ droit gauche

CHUTES

La personne est-elle sujette aux chutes ? OUI NON

Au cours de l'année précédant la demande d'admission, la personne a-t-elle chuté ?

OUI NON

Si oui, la personne a-t-elle chuté plus de 2 fois ?

OUI NON

Les chutes ont-elles eu lieu :

Le jour OUI NON

La nuit OUI NON

La personne est-elle restée longtemps au sol ? OUI NON

Si oui, durée estimée : _____

Ces chutes ont-elles entraîné :

- *une (des) hospitalisation(s) ?* OUI NON
- *des conséquences physiques (fractures, hématomes...)* OUI NON
- *des conséquences psychiques (peur, perte de confiance dans ses capacités, diminution de l'activité, perte d'autonomie physique, tendance à s'agripper ...)* OUI NON
-
-
-

La personne a-t-elle eu des séances de kinésithérapie après avoir chuté ?

OUI NON

Du matériel d'aide aux transferts (déambulateur, canne...) a-t-il été mis en place après ces chutes ?

OUI NON

Lequel ? _____

ORIENTATION

Dans l'espace

- Bonne
- Déficit léger
- Désorientation partielle
- Désorientation complète

Dans le temps

- Bonne
- Déficit léger
- Désorientation partielle
- Désorientation complète

VISION

Bonne Mauvaise Préciser : _____

Port de lunettes _____

Nom de l'ophtalmologiste : _____

Date de la dernière visite chez l'ophtalmologiste : _____

AUDITION

Bonne Mauvaise Appareillage

Nom de l'ORL : _____

HYGIENE DENTAIRE

L'état des dents est : Bon Mauvais

Porte un appareil : Aucun Haut Bas

Dentiste : _____ ☎ : _____

Date de la dernière visite chez le dentiste : _____

ALIMENTATION

Prend ses repas seul(e) avec de l'aide

Repas normaux mixé

Avec un régime Préciser : _____

Est-il(elle) diabétique OUI NON

Ne mange pas certains aliments : OUI NON

Si oui, lesquels : _____

Prend ses médicaments : OUI NON

Seul Avec de l'aide

BOISSONS

La déglutition est : bonne

difficile

Avec risque de fausse route

Prend-il(elle) de l'eau gélifiée : OUI NON

La personne fait-elle l'objet d'un suivi par un(e) orthophoniste ?

OUI

NON

Si oui, nom de l'orthophoniste : _____

HYGIENE CORPORELLE

se lave seul(e) avec de l'aide

s'habille seul(e) avec de l'aide

incontinence de jour partielle

incontinence de nuit partielle

encoprésie occasionnelle permanente

A domicile, la personne faisait-elle sa toilette avant ou après le petit-déjeuner ?

avant le petit-déjeuner

après le petit-déjeuner

REPOS - SOMMEIL

Dort bien réveils fréquents insomnies

Peur nocturne : OUI NON

Nécessité d'une lumière allumée :

Heure habituelle du coucher à domicile : _____

Heure habituelle du lever à domicile : _____

La personne supporte-t-elle qu'on allume la lumière à son réveil ou a-t-elle pour habitude qu'on lui ouvre les volets ?

lumière

volets

La personne avait-elle pour habitude de prendre une tisane le soir ?

OUI NON

COMMUNICATION

EXPRESSION ORALE

bonne élocution mauvaise aphasie confusion

EXPRESSION ECRITE

écrit bien besoin d'aide incapacité totale

COMPREHENSION

bonne moyenne aucune

MEMORISATION

bonne moyenne mémoire du passé
ne reconnaît plus personne plus aucune

COMMUNICATION

comportement très sociable se renferme sur lui(elle)-même
agressivité périodique communique par le regard
 communique par le toucher
téléphone seul se fait aider incapacité
utilise une sonnette : OUI NON

HABITUDES DE LA VIE QUOTIDIENNE

LES REPAS

Que prend-il(elle) au petit déjeuner : _____

Aime-t-il(elle) ou n'aime-t-il(elle) pas certains aliments : _____

Boit-il(elle) du vin à table : OUI NON

Est-t-il(elle) habitué(e) à manger à heures fixes : si oui les préciser (*heure du petit-déjeuner, du déjeuner et du dîner*) : _____

RELIGION

Pratique-il(elle) une religion : OUI NON

Si oui, laquelle : _____

LES LOISIRS

gère son temps tout seul(e) besoin d'être stimulé

ne fait plus rien aide totale nécessaire

Quelles étaient ses activités auparavant (profession, activités manuelles, loisirs) ? _____

Quelles étaient ses habitudes de vie (rencontres, réunions, autres...) ? _____

Lisait-il(elle) ? OUI NON

Ecoutait-il(elle) la radio ? OUI NON

Regardait-il(elle) la télévision ? OUI NON

Peut-il(elle) participer à des sorties ? OUI NON

SOINS ESTHETIQUES

Coiffure OUI NON périodicité : _____

Pédicure OUI NON périodicité : _____

Soins esthétiques OUI NON périodicité : _____

OBSERVATIONS DIVERSES

Sur le plan physique : _____

La personne est-elle frileuse ? OUI NON

Sur le plan psychique : _____

Sur le plan spirituel : _____

Sur ses antécédents : _____

EN CAS D'HOSPITALISATION

Souhaitez-vous que votre famille (réfèrent familial) soit prévenue quelle que soit l'heure ?

OUI NON

Si non, précisez à quelle heure nous pouvons joindre votre famille ?

Dans quel hôpital souhaiteriez-vous être hospitalisé de préférence ?

EN CAS DE DECES

Qui prévenir en dehors de la famille ?

Le docteur : _____

Le maire : _____

Le service des pompes funèbres : _____

Le curé / le pasteur : _____

D'autres personnalités : _____

La mise en bière se fera à : _____

Lieu d'inhumation : _____

Souhaits particuliers : _____

Vestiaire souhaité : _____
