

# ANNEXES :

## FORMULAIRE

## D'INSCRIPTION

**À compléter et à remettre à l'établissement d'accueil.**

### SOMMAIRE

- |             |   |
|-------------|---|
| Page 1      | <b>1<sup>ère</sup> fiche de renseignements administratifs</b>           |
| Pages 2 à 5 | <b>Document pour apprendre à mieux connaître la personne accueillie</b> |
| Pages 6 à 7 | <b>Questionnaire médical – à compléter par le médecin traitant</b>      |
| Page 8      | <b>Grille AGGIR – à compléter par le médecin traitant</b>               |

# 1<sup>ère</sup> fiche de renseignements administratifs

Nom du résident : .....

Nom de jeune fille .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

N° de sécurité sociale : .....

Nom de l'organisme de sécurité sociale : .....

Situation familiale : Marié(e)  Veuf(ve)  Célibataire

Ancienne profession : .....

Adresse actuelle :

.....  
.....

## Coordonnées des familles/tuteur/proche

Nom, prénom ..... Lien : .....

Adresse : .....

Téléphones : .....

Adresse mail : .....

Nom, prénom ..... Lien : .....

Adresse : .....

Téléphones : .....

Adresse mail : .....

Nom, prénom ..... Lien : .....

Adresse : .....

Téléphones : .....

Adresse mail : .....

# Histoire et habitudes de vie du résident

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

## IDENTITÉ DU RÉSIDENT

Lieu de naissance : .....

Téléphone portable : .....

**Date d'entrée dans l'EHPAD :** .....

Motif de l'admission en EHPAD :

.....  
.....

Provenance :

Domicile     Maison     Appartement     Autres (ex : structure hospitalière) .....

Protection juridique :

Aucune               Curatelle               Tutelle

*Identités et coordonnées du tuteur ou curateur :*

.....  
.....

*Identités et coordonnées de la personne de confiance :*

.....  
.....

## ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Célibataire               Marié(e)               Veuf(ve)               Divorcé(e)  
 Séparé(e)               Pacsé(e)               Vie maritale               Remariage

Nombre d'enfants :

Nom-Prénom	Date de naissance	Adresse	Téléphone / Mail
			Tél : Mail :
			Tél : Mail :
			Tél : Mail :

### **Parcours de vie durant l'enfance et l'adolescence :**

Profession du père : .....

Profession de la mère : .....

Nombre de frères et sœurs : .....

Lieu et habitation pendant l'enfance : .....

Loisirs, occupations pendant l'enfance :

.....  
Evènements marquants (familiaux, médicaux, sociaux...) :

.....  
.....

### **Parcours de vie durant la vie adulte :**

Profession principale exercée : .....

Autres professions exercées : .....

Quelles étaient vos occupations favorites ?

.....  
.....

Quels voyages avez-vous fait ?

.....  
.....

Evènements marquants (familiaux, médicaux, sociaux...) :

.....  
.....

### ***HABITUDES ALIMENTAIRES***

Aliments préférés :

- .....
- .....
- .....
- .....

Non goûts :

- .....
- .....
- .....

Texture :

Normale       Hachée       Mixée

Hydratation :

Normale     Gazeuse     Gélifiée

Allergies ou intolérances alimentaires :

.....  
.....

Régime alimentaire prescrit médicalement ?  Sans sucre     Sans sel     Autres .....

Remarques particulières à propos des repas ou de l'alimentation en général :

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

**REPOS ET SOMMEIL**

Heure du lever : ..... Heure du coucher : .....

Sieste :     Oui     Non

Regarde la télévision avant de se coucher :     Oui     Non

Sommeil régulier :  Oui     Non

Se lève la nuit :     Oui     Non       Pour quel motif ? .....

**HYGIENE CORPORELLE ET ESTHETIQUE**

Faites-vous votre toilette seul(e) ?

Seul     Avec aide partielle     Avec aide totale

Combien de fois par semaine : .....

Douche :  Oui     Non

Combien de fois par semaine : .....

Toilette au lavabo :  Oui     Non

Combien de fois par semaine : .....

**MOBILITÉ ET DÉPLACEMENTS**

Etes-vous :     Droitier     Gaucher

Déplacement :

- Seul :  Oui     Non
- Matériel utilisé pour se déplacer (fauteuil, canne etc...) : .....
- Avez-vous déjà fait des chutes ?     Oui     Non

## AUTRES APPAREILLAGES

Troubles de l'audition :  Oui  Non      Si oui :  Oreille droite  Oreille gauche

Port d'un appareil auditif ?  Oui  Non

Gère seul(e) son appareil auditif  Oui  Non

Troubles de la vision :  Oui  Non      Port de lunettes :  Oui  Non

Port d'appareils dentaires :  Oui :  Bas  Haut  Non

## VIE SOCIALE ET CULTURELLE

Quelles activités souhaiteriez-vous continuer au sein de l'établissement ?

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

Appréciez-vous d'être seul(e) ?  Oui  Non  A certains moments de la journée

Religion : .....

Souhait de participer à la messe :  Oui  Non

Autres renseignements susceptibles de compléter ce questionnaire d'habitudes de vie et qu'il serait important de connaître avant votre entrée dans la résidence :

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

# Questionnaire médical en vue d'une admission en EHPAD

A compléter par le médecin traitant (ou un médecin qui suit actuellement la personne)

## Renseignements du patient :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse actuelle : .....

## **ANTECEDENTS MEDICAUX**

	OUI	NON	Observations
Accident vasculaire cérébral			
Insuffisance cardiaque			
Cardiopathie ischémique			
H.T.A			
Artérite			
Maladie Thromboembolique			
Insuffisance respiratoire chronique			
Insuffisance rénale chronique			
Diabète insulino-dépendant			
Diabète non insulino-dépendant			
Tuberculose récente			
Néoplasie			

### Chirurgicaux :

Autres antécédents importants :

---

Digitized by srujanika@gmail.com

ETAT ACTUEL

Poids : ..... Taille : .....

### ETAT PSYCHIQUE

- Affaiblissement des fonctions intellectuelles : Non  Léger  Important
- Langage : .....
- Mémoire : .....
- Sommeil : - satisfaisant : Oui  Non   
- somnifère : Oui  Non   
- Agitation nocturne : Oui  Non
- Agitation, agressivité : .....
- Dépression, inertie : .....
- Idées délirantes : .....

Bénéficie-t-il de l'ALD ? Oui  Non  Si oui, indiquer la date de fin : .....

**JOINDRE L'ATTESTATION ALD**

### HOSPITALISATION EN COURS

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	AURES

Autres : .....

L'intéressé est-il indemne de toute affection contagieuse et peut-il sans danger pour lui-même et pour son entourage vivre en collectivité : Oui  Non

Nom et Adresse du Médecin Traitant : .....

Fait à : .....  
Le : .....

Signature et cachet du Médecin :

# GRILLE A.G.G.I.R

## Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

Nom : .....Prénom : ..... Date : .....

### **VARIABLES DISCRIMINANTES**

Variables	Sous variables	A	B	C
<b>1. Transferts</b> Se lever, se coucher, s'asseoir				
<b>2. Déplacements à l'intérieur</b> Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant				
<b>3. Toilette</b> Concernant l'hygiène corporelle	Haut			
	Bas			
<b>4. Elimination</b> Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire			
	Fécale			
<b>5. Habillage</b> S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut			
	Moyen			
	Bas			
<b>6. Cuisine</b> Préparer ses repas et les conditionner pour être servis				
<b>7. Alimentation</b> Manger les aliments préparés	Se servir			
	Manger			
<b>8. Suivi du traitement</b> Se conformer à l'ordonnance du médecin				
<b>9. Ménage</b> Effectuer l'ensemble des travaux ménagers				
<b>10. Alerter</b> Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme				
<b>11. Déplacements à l'extérieur</b> A partir de la porte d'entrée sans moyens de transport				
<b>12. Transport</b> Prendre et/ou commander un moyen de transport				
<b>13. Activités du temps libre</b> Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps				
<b>14. Achats</b> Acquisition directe ou par correspondance				
<b>15. Gestion</b> Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens				
<b>16. Orientation</b> Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	Dans le temps			
	Dans l'espace			
<b>17. Cohérence</b> Conserver et/ou se comporter de façon sensée	Communication			
	Comportement			

### **LEGENDE :**

**A** = Fait seul totalement, habituellement et correctement

**B** = Fait partiellement

**C** = Ne fait pas