

ANNEXES : FORMULAIRE D'INSCRIPTION

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

SOMMAIRE

Page 1	1^{ère} fiche de renseignements administratifs
Pages 2 à 5	Document pour apprendre à mieux connaître la personne accueillie
Pages 6 à 7	Questionnaire médical – à compléter par le médecin traitant
Page 8	Grille AGGIR – à compléter par le médecin traitant

1^{ère} 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 :

<p align="center">ANTECEDENTS MEDICAUX</p>

	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 :

ETAT ACTUEL

Poids : Taille :

- Appareil cardio-vasculaire :
- Appareil pleuropulmonaire :
- Système nerveux :
- Appareil digestif :
- Appareil génito-urinaire :
- Appareil locomoteur :
- Escarres (localisations) :
- Organes des sens : Vue : bonne mauvaise appareillée
 Ouïe : bonne mauvaise appareillée
- Denture : bonne mauvaise appareillée
- Perte d'appétit récente (moins de 3 mois) : Oui ☐ Non ☐
- Perte de poids récente : Oui ☐ Non ☐ Si oui, combien ?

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 :J

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