



Centre Hospitalier Spécialisé
03360 AINAY LE CHATEAU
6^{bis} rue du Pavé - BP 03 - 03360 Ainay le Château
Secrétariat Médical : 04 70 02 79 12
infoUSLD@chsi-ainay.fr www.chsi-ainay.fr

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

en vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

ETAT CIVIL

NOM & Prénom : NOM de jeune fille :

Date / lieu de naissance : / / à

Nationalité :

Situation de famille : Veuf(ve) - Marié(e) - Divorcé(e) - Célibataire - Vit maritalement *(rayer les mentions inutiles)*

Ancienne profession :

Adresse personnelle :

.....

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :

COORDONNEES DE LA FAMILLE OU DE L'ENTOURAGE

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

PERSONNE REFERENTE A PREVENIR

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

RESSOURCES

RETRAITE PRINCIPALE DE L'INTERESSE

Caisse(s) Numéro

.....

Montant (mois)

.....

RETRAITES COMPLEMENTAIRES

Caisse(s) Numéro

.....

.....

Montant (mois)

.....

RETRAITE PRINCIPALE DU CONJOINT

Caisse(s) Numéro

.....

Montant (mois)

.....

RETRAITES COMPLEMENTAIRES DU CONJOINT

Caisse(s) Numéro

.....

.....

Montant (mois)

.....

AUTRES RESSOURCES

- Pension d'invalidité
- Pension d'invalidé de guerre
- Pension de veuve de guerre
- Allocation compensatrice pour tierce personne
- Majoration pour tierce personne
- Allocation adulte handicapé
- Revenus fonciers
- Rentes viagères
- Rente accident du travail
- Pension alimentaire

Montant (mois)

.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

RAISONS MOTIVANT VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

☞ Aggravation de votre état de santé : Oui Non

☞ Maintien à domicile devenu difficile : Oui Non

- Logement inadapté Oui Non

- Isolement Oui Non

☞ Autres (précisez) :

☞ Votre séjour sera-t-il temporaire ? Oui Non

- Si oui, précisez la période :

☞ Date souhaitée d'admission :

☞ Avez-vous déjà séjourné dans un établissement d'accueil ?

Oui, lequel : Non

☞ Un service social vous aide t-il régulièrement dans vos démarches ? Oui Non

Coordonnées du service et de la personne

☞ Autres renseignements que vous jugerez utiles de nous communiquer :

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

☞ NOM du signataire (en lettres capitales) :

Date : Signature :

PIECES A JOINDRE

Ces pièces peuvent être facultatives au moment de l'inscription mais seront obligatoires à l'admission

A L'INSCRIPTION

- Photopies :
- Livret de famille ou carte d'identité
 - Justificatifs récents de toutes les ressources
 - Dernier avis d'imposition ou non imposition

LORS DE L'ADMISSION

- Photopies :
- Attestation d'assuré social en cours de validité (document joint à la carte vitale)
 - Carte de mutuelle
 - Carnet de soins gratuits (art 115)
 - Carte d'invalidité
 - Jugement de tutelle
 - Notification d'admission à l'Aide Sociale à l'Hébergement

Pour les personnes qui demandent à rentrer en service de Long Séjour :

- Imprimé d'engagement de payer
- Accord du médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie sur demande du médecin traitant, pour la prise en charge du forfait soins (sauf pour les personnes venant directement de l'Hôpital)

ENGAGEMENT DE PAYER

(pour les demandes d'admission en Long Séjour)

Je soussigné, M

demeurant à

n° de téléphone (domicile et travail)

m'engage à payer le forfait hébergement restant à charge pour le (mon) placement en Unité de Soins Longue Durée,

M

demeurant à

mon ou ma (lien de parenté) :

Fait à

Le

Signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

en vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

NOM : Prénom :

Sexe : F M

Date de naissance : / /

Motif de demande d'admission en structure d'hébergement pour PA

🌀 Motifs :

- Motifs médicaux Dépendance
 Motifs sociaux Autres :

🌀 Orientation souhaitée :

- Foyer logement EHPAD
 Unité de soins longue durée

Antécédents médicaux - chirurgicaux et allergies

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

Etat actuel

🌀 Etat général :

Poids : Taille : Indice Masse Corporelle :
Clairance de la créatinine : ml/min Dénutrition : Oui Non
Ethylysme : Oui Non Tabagisme : Oui Non

🌀 Pathologies instables / fragilités (à préciser avec le type de prise en charge) :

- Troubles de la déglutition
 Pathologies broncho-pulmonaires
 Pathologies cardiaques
 Cancer évolutif
 Pathologies psychiatriques
 Pathologies neurologiques
 Chutes à répétition
 Autres

🌀 Etat cutané - escarres et ulcères :

Localisation	Stade	Taille/diamètre

Dépendance

☞ Dépendance motrice (cf grille aggir)

☞ Dépendance sensorielle

- Troubles visuels ou cécité Troubles auditifs ou surdité totale
 Troubles phasiques ou aphasie totale

☞ Dépendance psychique

Troubles cognitifs : Oui Non Diagnostic : MMS : /30

	Aucun	Léger	Important		Aucun	Léger	Important
Opposition aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de l'élan vital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement en collectivité :

Traitements, besoins de soins et aides techniques

☞ Médicaments et posologie

Médicaments	Posologie

Médicaments	Posologie

☞ Prépare ses médicaments seul : Oui Non - Prend ses médicaments seul : Oui Non

☞ Régime alimentaire prescrit :

☞ Kinésithérapie : Oui Non

- ☞ IDE : Sonde naso gastrique Sonde urinaire Stomie
 Oxygène Assistance respiratoire Trachéotomie
 Dialyse péritonéale ou Hémodialyse Transfusions itératives
 Pansements - durée : BMR : localisation

☞ Aides techniques :

- Fauteuil roulant Déambulateur Matériel de transfert
 Lit médicalisé Matelas (indiquer le type) :
 Périmètre de marche : m Autres (appareillage, ...) :

Fiche d'évaluation AGGIR

Nom : _____

Date de l'évaluation : _____

Prénom : _____

N° éventuel de dossier : _____

Service : _____

Activités réalisées par la personne seule

		Spontanément	Totalement	Correctement		Habituellement		
		NE FAIT PAS ₁	S ₁	T ₁	C	H	AUCUN adverbe ne pose problème	
1.	Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	← cocher la ou les cases concernées
2.	Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Toilette haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Élimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Habillage haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Alimentation se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Cohérence communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NE FAIT PAS : la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case **NE FAIT PAS** est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes (**S T C H**).

AUCUN adverbe ne pose problème : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

S T C H : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas identifier 1 ou 2 ou 3 adverbess, celui ou ceux qui posent problème et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers.

IMPORTANT :

Nous nous réservons le droit de vous réadresser le patient si l'état clinique ne correspond pas aux renseignements.

SECRET MEDICAL :

Dossier médical à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin responsable de l'établissement d'accueil

Fiche remplie par le Docteur : Date : / /

Signature :

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

Cachet du médecin ou du service :

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

Nom du médecin traitant à domicile :

.....

Nom des médecins spécialistes :

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

Cadre réservé au médecin de l'établissement d'accueil

Accord : Oui Non

Date : / /

Observations :

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

Nom du médecin : Signature :



Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

AUTONOMIE DU RESIDANT

DEPLACEMENTS INTERIEURS

- Marche seul(e) sans appareillage oui oui mais lentement non
- Marche seul(e) avec appareil oui oui mais lentement non
- Marche seul(e) avec rampe fixe d'appui oui oui mais lentement non
- Marche accompagnée oui oui mais lentement non
- Déambulation oui non
- Déplacement en fauteuil roulant toujours quelquefois rarement jamais
 seul(e) accompagné(e) possible difficile
 impossible lent

DEPLACEMENTS EXTERIEURS

- Seul oui non
- Accompagné oui non

TRANSFERTS

- Se lève oui non avec aide sans aide
- Se couche oui non avec aide sans aide
- S'assoit oui non avec aide sans aide

REPAS

- Le résident boit-il seul oui non avec aide
- Le résident mange-t-il seul oui non avec aide
- Est-il nourrit par sonde oui non
- Mange-t-il avec fourchette couteau cuillère à soupe petite cuillère
- Le repas doit être haché mixé normal
- Existe-t-il des difficultés de déglutition oui non
- Existe-t-il des difficultés de mastication oui non
- Mange-t-il beaucoup oui non
- Mange-t-il peu oui non

- A-t-il un type d'aliments ou un aliment apprécié plus particulièrement
Si oui, lequel ? oui non

- A-t-il un type d'aliments ou un aliment refusé systématiquement
Si oui, lequel ? oui non

- A-t-il des conduites particulières pendant le repas ou concernant l'alimentation ?
(ex : mâchage long des aliments, rituel avant de se mettre à table, jeux avec la nourriture, vomissements...)
 oui non

SOMMEIL

- Sommeil lourd oui non
- Sommeil léger oui non
- A-t-il des rituels pour le coucher oui non
- Difficultés d'endormissement oui non
- Agitation pendant le sommeil oui non
- Réveils nocturnes oui non
- Si oui, avec des cris ? oui non
- Cauchemars oui non
- Somnambulisme oui non
- Lit normal à barreaux médicalisé
- Le résident dort-il avec un objet particulier
Si oui, lequel ? oui non

CONDUITES SPHINCTERIENNES

- Enurésie de jour oui parfois non
- Enurésie de nuit oui parfois non
- Encoprésie de jour oui parfois non
- Encoprésie de nuit oui parfois non

TOILETTE

- Est-il capable de se laver seul oui avec aide non
- Certaines parties de son corps oui avec aide non
- Aide totale oui avec aide non
- Apprécie-t-il la douche oui avec aide non

HABILLEMENT

- Peut-il (elle) s'habiller entièrement oui avec aide non
- Peut-il (elle) se déshabiller entièrement oui avec aide non
- Remarques concernant l'habillement : (rituels...) _____

COMPORTEMENT

- Est-il (elle) généralement calme doux renfermé expansif
 agité violent
- Préfère-t-il généralement être seul en groupe à l'intérieur à l'extérieur
- Lui arrive-t-il de taper (sur objet par exemple)
Si oui, de quelle façon ? oui non

- Lui arrive-t-il d'avoir de l'agressivité
envers les autres oui non
- A-t-il des conduites ou des postures particulières
(ex : balancements, s'assoit toujours en tailleur...)
- A-t-il des gestes particuliers et souvent répétés oui non
Si oui, lesquels ? _____
- A-t-il des jouets ou des objets préférés oui non
Si oui, lesquels ? _____
- A-t-il des jeux ou activités préférés oui non
Si oui, lesquels ? _____

MODES D'EXPRESSIONS

- Le résident parle-t-il oui non
- Le résident s'exprime-t-il par crises gestes signes images symboles
- Est-il compréhensible par son entourage oui non
- Est-il compréhensible de personnes averties oui non
- Comprend-t-il le langage parlé oui non
- Les images ou les symboles oui non
- Les gestes mimés oui non
- Exprime-t-il ses sentiments oui non
- De quelle manière ? _____

Document complété le _____

Par (nom et fonction) _____ Signature



le _____

Le signataire du dossier médical, M _____

S'engage à reprendre dans mon service, Madame Monsieur _____

Né(e) le _____

- a. Si l'état de santé ne correspond pas à la description fournie au dossier d'admission.
- b. En cas d'inadaptation ou de comportement manifestement incompatible avec le fonctionnement du service.

Cachet du service