

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Résidence autonomie « Les Oliviers »

08 Avenue Hélène Boucher – Alès –

Tél. 04 66 86 35 10 – Fax. 04 66 30 02 13

foyer.oliviers@ville-ales.fr

(à remplir impérativement par un médecin,
les dossiers illisibles ou incomplets ne seront pas pris en considération)

NOM : **Prénom** : **Age** :

N° S.S. :

MEDECIN TRAITANT : **T**...../...../.....

Fax :/...../.....

MOTIF DU PLACEMENT :

PATHOLOGIE ACTUELLE :

ALD :

DERNIERE HOSPITALISATION :

ANTECEDENTS :

♦ **Médicaux** :

♦ **Chirurgicaux** :

♦ **Psychiatriques** :

♦ **Allergiques** :

♦ **Pathologies contagieuses** :

♦ **Pathologies bacterio multi-résistante** : oui non

VACCINATIONS :

Pneumocoque

Coqueluche

DT Polio

Grippe

Date :

Date :

Date :

Date :

TRAITEMENT ACTUEL ET POSOLOGIES :

TRAITEMENT	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

ETAT SOMATIQUE

◆ **POIDS**

◆ **TAILLE**

OUI

NON

COMMENTAIRES

◆ **ALBUMINEMIE**

◆ **CLAIRANCE A LA CREATININE**

◆ **TROUBLES DE LA VISION**

↳ cécité

↳ prothèses

◆ **TROUBLES DE L'AUDITION**

↳ surdité totale

↳ prothèses

◆ **TROUBLES DE LA DEGLUTITION**

↳ fausse route

↳ sonde naso-gastrique

↳ gastrostomie

↳ prothèses dentaires

◆ **TROUBLES RESPIRATOIRES**

↳ oxygène

↳ trachéotomie

◆ **TROUBLES SPHINCTERIENS**

↳ incontinence urinaire

↳ incontinence fécale

↳ sonde à demeure

↳ stomie

◆ **TROUBLES DE LA LOCOMOTION**

↳ chutes

↳ montée des escaliers

↳ canne

↳ déambulateur

↳ fauteuil roulant

↳ confiné au lit

◆ **TROUBLES CUTANES**

↳ escarres

↳ ulcères

↳ autres

SIEGE	STADE

Protocole de soins :

NUM

PRENUM

ETAT PSYCHOLOGIQUE

OUI NON

COMMENTAIRES

◆ **TROUBLES DE L'HUMEUR**

↳ dépression

↳ anxiété

↳ antécédents d'autolyse

◆ **TROUBLES DU SOMMEIL**

↳ agitation

↳ insomnie

◆ **TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

◆ **TROUBLES COGNITIFS**

↳ troubles de la mémoire

↳ désorientation temporo-spatiale

↳ troubles du langage

↳ troubles de la compréhension

◆ **TROUBLES DU COMPORTEMENT**

↳ déambulation

↳ agitation

↳ agressivité

↳ fugues

◆ **TROUBLES DELIRANTS**

↳ hallucinations

◆ **TROUBLES ADDICTIFS**

↳ alcool

↳ tabac

↳ autre

OBSERVATIONS DIVERSES

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

GRILLE AGGIR

Grille AGGIR 2010

		NE FAIT PAS	S	T	C	H	Aucun adverbe ne pose pb
1- Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Déplacements intérieurs		<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"/>	
4- Elimination	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"/>	
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"/>	
	bas	<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"/>	
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 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 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"/>	
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"/>	

Pour chaque variable, cochez au choix :

- NE FAIT PAS : si 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 alors les 4 cases suivantes sont cochées d'office.

- S T C H : si la personnes fait même difficilement, quand les conditions pour l'adverbe NE SONT PAS REMPLIES

S : Ne fait pas Spontanément
 T : Ne fait pas Totalemnt
 C : Ne fait pas Correctement
 H : Ne fait pas Habituellement

- Aucun Adverbe ne pose problème : L'activité est réalisée en totalité et correctement chaque fois que nécessaire à la seule initiative de la personne. Cette case a été ajoutée afin d'être certain que l'utilisateur n'a oublié aucune activité. Lorsque cette case est cochée, les 5 cases qui précèdent se décochent d'office.

Avis du Médecin de l'Etablissement :

GIR :

Nom, Prénom

Date
Signature et cachet du Médecin