

DEMANDE D'ADMISSION EN U.S.L.D.

DOSSIER ADMINISTRATIF

NOM :Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e)

Adresse :

.....Téléphone :

Profession antérieure :

N° de sécurité sociale :

Centre de paiement :

Société Mutualiste :

N° CAF ou MSA :

Caisses de retraite – adresse :

.....

.....

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Nom du médecin spécialiste, s'il y a lieu :

Adresse :

Téléphone :

1 – Nombre d'enfants.

Nom - Prénom	Adresse exacte et numéro de téléphone	Situation de famille et nombre d'enfants

2 – Représentant légal.

Mesures	Coordonnées

3 – Voisins ou amis proches susceptibles d’entourer la personne âgée.

Nom - Prénom	Adresse

4 – Aide à domicile actuelle.

Aide ménagère : Service d’aide ménagère :
 Nombre d’heures :
 Participation de la personne âgée :
 Caisse de retraite :

Garde de nuit :
 Soins à domicile :
 Tierce personne :
 Repas à domicile :
 Autres :

5 – Conditions de vie.

Précisez si la personne vit :

- seule à son domicile chez un enfant
 avec un conjoint dans un établissement

Son comportement et/ou ses difficultés dans le lieu de vie actuel :

6 – Les raisons pour lesquelles vous envisagez une entrée en institution.

- solitude recherche de sécurité
 meilleur confort besoin d’aide
 problèmes de santé rapprochement familial

DOSSIER MEDICAL A compléter par le médecin traitant
--

A – Validités physique et psychique (grille AGGIR)**A = fait seul totalement, habituellement, correctement****B = fait partiellement****C = ne fait pas****Variables discriminantes**

		A	B	C
Cohérence	(conserver ou se comporter de façon logique et sensée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	(se repérer dans le temps, les moments de la journée, dans les lieux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette haut	assurer son hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette bas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage haut	s'habiller, se déshabiller, se présenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage moyen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage bas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation - se servir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manger		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination - urinaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fécale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert	(se lever, se coucher, s'asseoir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'intérieur	(avec ou sans canne, déambulateur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur	(à partir de la porte d'entrée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication pour alerter	(utiliser les moyens de communications)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Variables illustratives

Gestion	(gérer son budget)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisine	(préparer les repas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ménage	(travaux ménagers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transports	(prendre un moyen de transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achats	(faire des acquisitions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi du traitement	(se conformer à l'ordonnance du médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité temps libre	(avoir des activités culturelles, sociales...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Charges de soins techniques

- A = soins techniques habituels (médicaments, surveillance ponctuelle...)
- C = soins particulièrement intensifs (soins palliatifs ou nécessitant de fortes fréquences)
- B = autres cas

B – Traitement actuel

Nom des médicaments	Quantité	Fréquence

Soins divers :
 Hospitalisations antérieures (date et durée) :

C – Les pathologies actuelles et les antécédents (merci de le préciser en cochant les pathologies, en mettant deux croix sur la pathologie dominante)

Cardiologie

- Artériopathies
- Hypertension artérielle
- Insuffisance cardiaque
- Coronaropathie
- Troubles du rythme ou de conduction
- Pathologie veineuse – phlébite – embolie pulmonaire
- Hypotension artérielle orthostatique

Gastro-entérologie

- Colopathies non cancéreuses
- Cirrhose et pathologie hépatique
- Pathologie gastrique
- Pathologie biliaire
- Pathologie pancréatique

Métabolisme - endocrinologie

- Dénutrition
- Diabète
- Déshydratation - troubles ioniques
- Dysthyroïdies

Hématologie

- Anémies
- Hémopathie maligne

Infectiologie

Septicémies
Infections graves

Cancérologie

Cancers (organes ?)

Rhumatologie - traumatologie

Arthropathies, arthrites, polyarthrites, goutte, chondrocalcinose
Fracture du col du fémur
Autres fractures

Dermatologie

Escarres - ulcères

Neurologie

Accidents vasculaires cérébraux
Chutes - malaises
Syndrome parkinsonien
Syndromes douloureux graves
Epilepsie
Démences

Ophtalmologie

Cataracte – glaucome - dégénérescence maculaire

Pneumologie

Broncho-pneumopathie aiguë
Broncho-pneumopathie chronique
Asthme
Insuffisance respiratoire

Néphrologie

Incontinence
Infections urinaires
Insuffisance rénale
Rétention urinaire
Pathologie prostatique

Psychiatrie

Alcoolisme
Dépression
Troubles du comportement
Délires, psychoses, troubles caractériels
Névroses

Autres

Autres pathologies
Pathologie iatrogène
Surdité

GIR à la date du

Cachet du Médecin

Date et Signature