

## DEMANDE D'ADMISSION QUESTIONNAIRE MEDICAL

Renseignements strictement confidentiels

Document à remplir par le Médecin Traitant / Médecin hospitalier et merci de bien vouloir nous le retourner à l'intention du Médecin Responsable de l'EMS Résidence de Saconnay.

### 1. Données personnelles

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

N° postal : ..... Localité : .....

N° téléphone : .....

Profession exercée auparavant : .....

Origine : .....

Confession : .....

Langue(s) parlée (s) : .....

Etat civil : .....

Hospitalisé (e) au moment de la demande  oui  non

Si oui, depuis le : .....

Nom de l'établissement : .....

Médecin traitant habituel : .....

Autres médecins : .....

### 2. Renseignements administratifs

N° AVS : ..... N°SPC : .....

N°Assuré : ..... Autres rentes : .....

**Caisse maladie** : .....

Adresse : .....

**Médecin traitant (Nom)** : .....

Adresse : .....

N° téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

**Médecin Traitant** : Vous est-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'EMS Résidence de Saconnay :  Oui  Non

**Curatelle (Nom)** : .....

Adresse : .....

N° téléphone : .....

Inscription auprès d'autres établissements :  oui  non

Si oui, lesquels : .....

### 3. Entourage

Nom, prénom	Lien	Adresse	Téléphone

### 4. Conditions de vie

**Entourage** : Cocher

Vit seul

Avec conjoint

Avec enfant (s)

Animal domestique

**Logement** : Cocher

Appartement

Maison

IEPA

Foyer de jour

**Brève histoire de vie (faits marquants) :** .....

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

**Activités, loisirs :** .....

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

**Encadrement médico-social actuel :**  oui  non

**Si oui, quelle(s) prestation(s) et à quelle fréquence ?** .....

.....

**5. Motif de la demande**

**Qui désire le placement ? :** .....

**Pourquoi ? :** .....

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

**6. Diagnostic(s) actuel(s)**

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



## 10. Actes de la vie quotidienne

<b>Autonomie</b>	<b>Seul</b>	<b>Avec aide</b>	<b>Dépendant</b>
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Logement</b>	<b>Seul</b>	<b>Avec aide</b>	<b>Dépendant</b>
Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

<b>Soins spécifiques</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trachéostomie

---

**Moyens aux. et matériel**

Oui

Non

Prothèse dentaire

Lunettes

Appareil(s) acoustique(s)

Matelas anti-escarre

- PEG

- CPAP

Oxygène

---

**Sommeil / rythme**

Oui

Non

Normal

Perturbé

Avec médicaments

**Respiration**

Oui

Non

Sans problèmes

Souffle court

Expectorations

---

**Incontinence**

Oui

Non

Urine

Selles

---

**Tendance aux chutes**

Oui

Non

---

**Risque de fugues**

Oui

Non

---

**Comportement**

Oui

Non

Calme

- |                       |                          |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Agité                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anxieux               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agressif              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etat dépressif        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Déambulation          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agressivité verbale   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agressivité gestuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles mnésiques    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Etat psychique**

- |                         |                          |                          |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | Oui                      | Non                      |
| Sans problème           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         | Oui                      | Non                      |
| Orienté dans le temps   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orienté dans l'espace   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnait les personnes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Régime alimentaire**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Oui                      | Non                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, précisez .....

.....

.....

**Fumeur**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Oui                      | Non                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**MRSA**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Oui                      | Non                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**9. Préparation à l'admission**

**Documents annexes :**  oui  non

Lesquels : .....

.....

.....

**Personne de contact pour annoncer l'admission :**

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Lieu & Date : ..... Timbre & Signature : .....

**10. Préavis du Médecin Répondant de l'EMS Résidence de Saconnay**

Favorable

Défavorable

Date : ..... Signature : .....