

3. Motif(s) de la demande

.....

4. Entourage

Nom : Prénom :
 Adresse : Lien :
 Tél. privé : Tél. prof :

Nom : Prénom :
 Adresse : Lien :
 Tél. privé : Tél. prof :

Nom : Prénom :
 Adresse : Lien :
 Tél. privé : Tél. prof :

Service social ou autre :

Clef déposée chez :
 Nom : Prénom :
 Adresse : Lien :
 Tél. privé : Tél. prof :

5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

Entourage :		Conditions logements :	
vit seul(e)	<input type="checkbox"/>	étage	nombre
avec conjoint	<input type="checkbox"/>	pièces	nombre
avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>	escalier	<input type="checkbox"/>
autre (préciser) :		ascenseur	<input type="checkbox"/>
.....		salle de bains	<input type="checkbox"/>
Logement :		eau chaude	<input type="checkbox"/>
appartement	<input type="checkbox"/>	chauffage central	<input type="checkbox"/>
villa	<input type="checkbox"/>	cuisinière à gaz	<input type="checkbox"/>
immeuble avec encadrement	<input type="checkbox"/>	cuisinière électrique	<input type="checkbox"/>
établissement long séjour	<input type="checkbox"/>	système de sécurité	<input type="checkbox"/>
		autre(s) remarque(s) :	
		

6. Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)

Activités :	seul	avec aide	dépendant	Activités :	seul	avec aide	dépendant
boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déplacements à l'aide de (préciser) :				faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins spécifiques :		oui	non	Moyens auxiliaires :	oui	non	
soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prothèse dentaire supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prothèse dentaire inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre (préciser) :			
lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
autre (préciser) :				Incontinence :	oui	non	
				urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rythme veille/sommeil :		oui	non	selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
avec médicament(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiration :	oui	non	
				sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etat psychique :		oui	non	souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement :	oui	non	
reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance aux chutes :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque de fugue :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				état dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime alimentaire (préciser) :				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"/>	

Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc.)

Activités, loisirs :

Résumé de séjour, projets de soins, protocole de prise en charge :

 MRSA (cocher ce qui convient) : oui non

