

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LA PERSONNE ACCUEILLIE

Identité :

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____ N° Sécurité Sociale : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Adresse mail : _____

Protection juridique :

Aucune Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Nom du représentant légal : _____

Coordonnées du Médecin traitant : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Coordonnées du Médecin spécialiste : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

La personne est-elle suivie à la consultation mémoire ? Oui Non

2. PROCHE-AIDANT DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. bureau : _____ Tél. portable : _____

Adresse mail : _____

3. AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tel. bureau : _____ Tel. portable : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tel. bureau : _____ Tel. portable : _____

4. HISTOIRE DE VIE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Situation familiale :

- Célibataire Marié(e) Divorcé (e) Veuf (ve) depuis _____
- Enfants _____
- Petits enfants _____
- Frères et Sœurs _____

Lieu de vie :

- Seul Avec conjoint
- En famille ; Composition : _____
- _____

Etudes, profession :

- Non scolarisé Certificat d'études BEPC Baccalauréat Etudes supérieures

Profession exercée : _____

Passes-temps, centres d'intérêts et loisirs :

- Jeux de société Lesquels :
- Jardinage
- Mots fléchés, croisés
- Activités physiques Lesquelles :
- Lecture
- Activités artistiques (peinture, dessin etc...)
- Chant
- Ecoute musicale
- Pratique d'un instrument de musique
- Tricot
- Couture
- Autres :

Communication :

Comprend-il une consigne ?

- Comprend Sait se faire comprendre
- A des difficultés à comprendre A des difficultés à se faire comprendre
- Ne semble pas comprendre quand on lui parle

Santé :

Vue

- Porte des lunettes A des troubles de la vue
- Voit bien Cécité

Audition :

- A une prothèse auditive
- A des difficultés pour entendre
- N'entend pas

Prothèse dentaire :

oui non haut bas

Alimentation :

Texture normale Mixé Haché
 Sans aide Aide partielle Aide totale

Régime suivi : _____

Boisson :

Liquide Gélifiée

Déplacement :

Se déplace seul (e) sans aide technique
Se déplace avec une canne
Se déplace avec un déambulateur
Se déplace avec un fauteuil roulant

Soins spécifiques :

Transfert : (se lever, s'asseoir, se coucher)

- Réalise les transferts seul
- Les réalise avec stimulation d'un tiers
- Les réalise seul partiellement
- Ne les réalise pas seul

Elimination :

Urinaire Continent(e) Incontinent(e) Anale Continent(e) Incontinent(e)

- A-t-il/elle besoin d'aide pour aller aux toilettes ?
- Nécessité d'inciter la personne à aller aux toilettes
- Incitation à aller aux toilettes intermittente avec actes spontanés

Habitudes :

Fume régulièrement Nombre de cigarettes par jour : _____
Consommation d'alcool Nombre de verres par jour : _____

Sommeil :

- Ne différencie pas le jour et la nuit Déambule la nuit Prescription d'un somnifère
- Troubles du sommeil

Remarques :

Heure du lever : _____ Heure du coucher : _____ Sieste

Autres évènements ou éléments de vie qu'il vous paraît important de nous communiquer pour un meilleur accueil de votre proche.

5. SOUTIEN AU DOMICILE

APA: Oui Non GIR :

Intervenants extérieurs :

Infirmière libérale : _____

SSIAD (Aides soignants) : _____

Auxiliaire de vie / Aide ménagère : _____

Orthophoniste : _____

Kinésithérapeute : _____

ESA (Equipe spécialisée Alzheimer) : _____

Autres : _____

6. AUTORISATIONS

J'autorise l'établissement à me prendre en photo dans le cadre de l'identitovigilance (photographie dans le dossier médical, dans les classeurs infirmiers et aides soignants)

Oui

Non

J'autorise la prise de photographies dans le cadre des fêtes organisées dans l'établissement (à usage interne seulement)

Oui

Non

7. DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

- Une photocopie de la carte d'identité
- Une photocopie de l'attestation d'assuré social
- Une photocopie de l'attestation mutuelle
- Une photocopie de l'attestation de responsabilité civile
- Un certificat de non contagion
- La notification du GIR par le Conseil Général
- Courriers médicaux concernant le suivi des troubles de la mémoire (bilan réalisé par le neurologue, par la consultation mémoire, par l'orthophoniste,...)
- Une photocopie de l'ordonnance de traitements en cours