

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(A remplir par le résident ou la famille)

NOM : .....		Prénom : .....	
Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/>
Nombre d'enfants : .....		Profession antérieure à la retraite : .....	
Nationalité (photocopie recto/verso de la carte d'identité) : .....			
Date de naissance : ..... / ..... / .....		Lieu de naissance : .....	
Adresse : .....			
Téléphone : .....			
Nom, adresse, téléphone de la famille (préciser le lien de parenté) ou correspondant : .....			
TUTELLE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Coordonnées du tuteur : .....			
COUVERTURE SOCIALE (photocopie de l'attestation Carte Vitale et de la Carte Mutuelle)		Prise en charge sécurité sociale 100% : <input type="checkbox"/>	
N° de sécurité sociale : .....		Pour quelle pathologie : .....	
FINANCEMENT DU SÉJOUR :			
Hôte payant <input type="checkbox"/>	Aide sociale <input type="checkbox"/>	Date de dépôt du dossier .....	
ASSISTANTE SOCIALE : ..... ☎			
MÉDECIN : ..... ☎			
Date d'entrée souhaitée : .....		Durée souhaitée du séjour : .....	
<p><i>Un chèque d'une somme de 200 euros vous est demandé pour la réservation et vous sera rendu à la fin du séjour. Si vous annulez votre séjour 10 jours avant la date d'admission, ce chèque vous sera retourné. Si une annulation intervient dans les 10 jours qui précèdent l'admission, ce chèque sera gardé.</i></p>			

FAIT À ....., le .....

SIGNATURE

**FICHE MÉDICO-SOCIALE**  
(Pages 2 à 4 à remplir par le médecin traitant)

Nom de la personne concernée :

Prénom :

Dossier rempli par (nom, adresse, tél.) :

Docteur :

ÉTAT GÉNÉRAL :

Poids :

Taille :

COCHEZ LE GROUPE ISO  
RESSOURCE :

GIR 1

GIR 2

GIR 3

GIR 4

GIR 5

GIR 6

ANTÉCÉDENTS ET MALADIES ACTUELLES :

TRAITEMENTS EN COURS :

RÉGIME :

OUI

NON

APPAREILLAGE(S) :

PROBLÈMES MÉDICO-SOCIAL NÉCESSITANT LA DEMANDE :

OBJECTIF APRÈS LE SÉJOUR :

Retour à domicile

Maison de retraite

Autre

ENTOURAGE (famille, amis, bénévoles, service de maintien à domicile, aide ménagère, autres) :

## AUTONOMIE POUR LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE (1)

	<b>0</b> Seul, sans aide	<b>1</b> seul, après sollicitation	<b>2</b> aide partielle	<b>3</b> aide totale	<b>Observations</b>	
<b>Se laver</b>						
<b>S'habiller</b>						
<b>Se lever</b>						
<b>Se coucher</b>						
<b>Manger</b>					Mixé <input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire : Haut <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/>
<b>Marcher</b>					Canne <input type="checkbox"/>	Déambulateur <input type="checkbox"/>
					Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	
<b>Utiliser les WC</b>					Incontinence vésicale <input type="checkbox"/>	Incontinence fécale <input type="checkbox"/>
<b>Préparer ses médicaments</b>						
<b>Prendre ses médicaments</b>						
<b>Monter les escaliers</b>						

**AUTONOMIE POUR LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE (2)**

**ÉTAT PSYCHOLOGIQUE**

Désorientation       Anxiété-Angoisse       Insomnie   
 Troubles mnésiques       Dépression       Autres

**MMS (mini mental score) :** ...../30

**Retentissement sur la vie quotidienne**

Capable de trouver sa chambre      Oui       Non   
 Fugue      Oui       Non   
 Vie relationnelle      Oui       Non

**COMMUNICATION**

**Vision**

Normale       Diminuée       Nulle       |      ***Lunettes ?***      Oui       Non

**Audition**

Normale       Diminuée       Nulle       |      ***Appareil auditif ?***      Gauche       Droite

**Langage**

Troubles      Oui       Non       ***Lesquels ?*** .....

**SOINS AU MOMENT DE LA DEMANDE**

*(prescription nécessaire au moment de l'admission)*

Toilette       Autres soins infirmiers   
 Kinésithérapie       Orthophonie       Soutien psychologique

**Soins particuliers (précisez) :**  
 .....

**CENTRES D'INTÉRÊT ET GOÛTS DE LA PERSONNE**

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

FAIT À ....., le .....

Docteur .....

Signature :