

## 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 : ..... ..... ..... .....			
PROTECTION JURIDIQUE :            OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Coordonnées du mandataire : .....			
COUVERTURE SOCIALE (photocopie de l'attestation Carte Vitale et de la Carte Mutuelle) N° de sécurité sociale : .....		Prise en charge sécurité sociale 100% : <input type="checkbox"/> Pour quelle pathologie : .....	
		Prise en charge Mutuelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
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 : .....	
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.			

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 :** .....

.....

.....

<p><b><u>ÉTAT GÉNÉRAL :</u></b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Poids :</b></p> <p>.....</p>
	<p><b>Taille :</b></p> <p>.....</p>

**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>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Observations</b>	
	Seul, sans aide	seul, après sollicitation	aide partielle	aide totale		
<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       Idées suicidaires

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

### Retentissement sur la vie quotidienne

Risque de chutes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<b>Autres :</b>
Capable de trouver sa chambre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Fugue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Vie relationnelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

### 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       Kinésithérapie       Orthophonie       Soutien psychologique

Autres soins infirmiers  .....

**Soins particuliers (précisez) :**

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

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

Fait à ....., le .....

Docteur .....

Signature :