



DOSSIER DE PRE ADMISSION
INFORMATIONS MEDICALES
(à remplir par le médecin traitant)

MAISON DE RETRAITE DE PLAISANCE
CITE SAINT JOSEPH

Date :

CONFIDENTIEL

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Service ou Médecin Traitant :

MOTIF DU PLACEMENT :

Cocher la ou les réponses correspondante(s)

La personne est actuellement :

à domicile à l'hôpital en moyen séjour autre :

Cette personne :

- est informée de cette démarche n'est pas informée
 adhère au projet s'oppose au projet de placement
 ne peut pas exprimer sa volonté

- Origine de la demande : par le bénéficiaire :
.....
 par sa famille :
.....
➤ Alternatives : un retour à domicile est-il envisageable ?
.....
 aides en places :
.....

Hébergement : durée indéterminée temporaire

ETAT MEDICAL DE LA PERSONNE :

Antécédents :

| | |
|-----------------|---------------------|
| Significatifs : | Non significatifs : |
| | Allergies : |

3. ELIMINATION

- Urinaire : Accompagnement nécessaire aux toilettes : Oui Non
Incontinence Oui Non
Incontinence Jour Nuit
Protections Jour Nuit
Sonde urinaire Oui Non
- Fécale : Incontinence Oui Non
Poche de stomie Oui Non

4. VISION

- Bonne Déficiante Cécité
Correction : Lunettes Lentilles

5. AUDITION

- Bonne Déficiante Surdité
Appareillage : Oui Non

6. SOMMEIL

- Bon sommeil Réveils fréquents Insomnie

7. ALIMENTATION

- Poids : Taille :
- Régime : Sans sel Sans sucre Sans graisse
 Hypocalorique Hyperprotéiné Autre :

8. DENTITION

- Dents en bon état : Oui Non
➤ Appareil dentaire : Oui Non
 Haut Bas

9. COMMUNICATION

- Propos cohérents Oui Non
➤ Troubles de la mémoire Oui Non
➤ Mutique Oui Non
➤ Difficultés d'élocution Oui Non

10. TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Risque de fugue Oui Non
➤ Déambulation Oui Non
➤ Agressivité Oui Non
➤ Agitation Oui Non
➤ Apathie Oui Non
➤ Cris Oui Non

11. RESPIRATION

- Normale Oui Non
➤ Sous oxygène Oui Non
Préciser :
- Assistance ventilatoire Oui Non
➤ Trachéotomie Oui Non

12. GRILLE AGGIR

Pour chaque item, cocher la case adaptée

| | | A | B | C |
|-----------------------------------|--|---|---|---|
| Transferts | Se lever, se coucher, s'asseoir | | | |
| Déplacements à l'intérieur | Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant,... | | | |
| Hygiène corporelle | Assurer la toilette du haut du corps | | | |
| | Assurer la toilette du bas du corps | | | |
| Elimination | Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire | | | |
| | Assurer l'hygiène de l'élimination fécale | | | |
| Habillage | Haut (s'habiller, se déshabiller, se présenter) | | | |
| | Moyen (s'habiller, se déshabiller, se présenter) | | | |
| | Bas (s'habiller, se déshabiller, se présenter) | | | |
| Cuisine | Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis | | | |
| Alimentation | Se servir | | | |
| | Manger les aliments préparés | | | |
| Suivi du traitement | Se conformer à l'ordonnance du médecin | | | |
| Ménage | Effectuer l'ensemble des travaux ménagers | | | |
| Alerter | Communication à distance : utiliser le téléphone, l'alarme, la sonnette | | | |
| Déplacement à l'extérieur | Déplacement à l'extérieur à partir de l'entrée sans moyen de transport | | | |
| Transports | Utiliser un moyen de transport | | | |
| Activités de temps libre | Assurer des activités qui permettent de rompre la monotonie du quotidien | | | |
| Achats | Acquisition directe ou par correspondance de biens | | | |
| Gestion | Gérer ses propres affaires, son budget et ses biens | | | |
| Orientation | Se repérer dans le temps et les moments de la journée | | | |
| | Se repérer dans l'espace et dans les lieux | | | |
| Cohérence | Communiquer de façon logique et sensée | | | |
| | Se comporter de façon logique et sensée | | | |