



ACCUEIL
HEBERGEMENT
RESTAURATION
ANIMATION
SOINS

Certifié ISO 9001 : 2000 par



Maison de retraite de Plaisance : l'Autre Chez-soi

Téléphone : 05.62.69.49.49 - Télécopie : 05.62.69.46.77

Site : www.cite-st-joseph.asso.fr - E-mail : cite.st.joseph@wanadoo.fr

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

(Cette pré-inscription n'engage en rien la venue de la personne inscrite)

Date de pré-inscription :

NOM de la personne à inscrire : Prénom :

Adresse habituelle :

Tél. :

Date naissance : Ancien métier :

Origine de la demande			
la personne inscrite <input type="checkbox"/>	le conjoint <input type="checkbox"/>	les enfants <input type="checkbox"/>	Autre (détailler) :
Type d'hébergement			
Définitif <input type="checkbox"/>	Temporaire <input type="checkbox"/>	Accueil de jour <input type="checkbox"/>	
Choix de logement			
Chambre deux lits <input type="checkbox"/>	Chambre Individuelle <input type="checkbox"/>	Studio 30 m ² <input type="checkbox"/>	47 m ² <input type="checkbox"/>
Motif de séjour			
Envie d'entrer à la Maison de retraite du futur résidant			
Oui <input type="checkbox"/>	par obligation <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Date d'entrée envisagée	Besoin d'un lit médicalisé		
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Meubles personnels	Animal domestique		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

NOM de la personne référente : Prénom :

Adresse habituelle :

Tél. :

Suite donnée (réservé à l'administration)



ACCUEIL
HEBERGEMENT
RESTAURATION
ANIMATION
SOINS

Certifié ISO 9001 : 2000 par



Maison de retraite de Plaisance : l'Autre Chez-soi

Téléphone : 05.62.69.49.49 - Télécopie : 05.62.69.46.77

Site : www.cite-st-joseph.asso.fr - E-mail : cite.st.joseph@wanadoo.fr

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

(Cette pré-inscription n'engage en rien la venue de la personne inscrite)

Grille AGGIR rempli par le médecin généraliste

Date de réalisation : NOM Prénom du médecin :

Coordonnées :

NOM de la personne à inscrire : Prénom :

Converser et se comporter de façon logique et sensée A B C

Orientation

Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux A B C

Assurer son hygiène corporelle

Toilette du haut du corps A B C

Toilette du bas du corps A B C

Habillage (s'habiller, se déshabiller, se présenter)

Haut A B C

Moyen A B C

Bas A B C

Alimentation

Se servir A B C

Manger les aliments préparés A B C

Elimination

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire A B C

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale A B C

Transfert

Se lever, se coucher, s'asseoir A B C

Déplacement à l'intérieur avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant A B C

Déplacement à l'extérieur à partir de l'entrée sans moyen de transport A B C

Communication à distance : utiliser le téléphone, l'alarme, la sonnette A B C

Nombre de point GIR :

GRUPE GIR :



ACCUEIL
HEBERGEMENT
RESTAURATION
ANIMATION
SOINS

Certifié ISO 9001 : 2000 par



Maison de retraite de Plaisance : l'Autre Chez-soi

Téléphone : 05.62.69.49.49 - Télécopie : 05.62.69.46.77

Site : www.cite-st-joseph.asso.fr - E-mail : cite.st.joseph@wanadoo.fr

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

(Cette pré-inscription n'engage en rien la venue de la personne inscrite)

Date de réalisation : NOM Prénom du médecin :

Coordonnées :

NOM de la personne à inscrire : Prénom :

Poids : Taille :

Vision : Audition :

Antécédent important :

Diagnostic actuel :

Traitement :