



MAISON DE RETRAITE
 « Le Foyer du Romarin »
 246, rue du romarin – 34830 – CLAPIERS
 Tél 04 67 02 34 50 - Fax 04 67 59 46 50
 « Une autre idée de l'âge »

DOSSIER MEDICAL d'admission Confidentiel et soumis au secret médical

(Rempli par votre médecin traitant et remis sous enveloppe cachetée avec votre dossier)

Nom de jeune fille: **NOM:**

Prénom: Date de naissance: .../.../.... Situation: Célibataire / Marié(e) / Veuf(ve)

Activité professionnelle exercée :.....

Avez-vous des enfants ? Oui – non – Si oui, combien ?

N° de Sécurité Sociale

ANTECEDENTS DU CANDIDAT

MEDICAUX:

.....

CHIRURGICAUX

.....

INTOXICATIONS (tabac, OH, etc ...):.....

.....

ALLERGIES DIVERSES.....

.....

Durant l'année écoulée, a-t-il présenté: (entourer la réponse choisie)

- | | | |
|---|-----|-----|
| - un amaigrissement significatif (entourer la réponse choisie) | Oui | Non |
| - une maladie ou un placement psychiatrique | Oui | Non |
| si oui, merci de préciser | | |
| - une intervention chirurgicale importante | Oui | Non |
| si oui, merci de préciser | | |
| - le candidat bénéficie-t-il du « 100% » | Oui | Non |
| si oui, pour quelle A.L.D. | | |

ETAT ACTUEL DU CANDIDAT

Poids: _____ kgs

Taille: _____, _____ m

L'état du sujet nécessite-t-il une AIDE pour: (entourer la réponse choisie)

- | | | |
|--|-----|-----|
| le lever et le coucher (entourer la réponse choisie) | Oui | Non |
| la toilette (entourer la réponse choisie)..... | Oui | Non |
| l'habillage et le déshabillage (entourer la réponse choisie)..... | Oui | Non |
| les déplacements intérieurs (entourer la réponse choisie)..... | Oui | Non |
| les déplacements extérieurs (entourer la réponse choisie)..... | Oui | Non |
| emprunter les escaliers (entourer la réponse choisie)..... | Oui | Non |
| aller aux WC (entourer la réponse choisie)..... | Oui | Non |
| préparer ses médicaments (entourer la réponse choisie) | Oui | Non |
| prendre ses repas (entourer la réponse choisie)..... | Oui | Non |
| s'occuper de ses papiers;chèques,etc... (entourer la réponse choisie) | Oui | Non |

NOM et Prénom :

Qui l'aide:

A combien d'heures par jour estimez-vous cette aide :heures par jour

Le sujet présente-t-il des troubles:

du comportement , de la sociabilité (entourer la réponse choisie)	Oui	Non
de la mémoire (entourer la réponse choisie).....	Oui	Non
de l'orientation (entourer la réponse choisie).....	Oui	Non
des troubles d'humeur (entourer la réponse choisie).....	Oui	Non
existe-t-il un risque de détérioration mentale (entourer la réponse choisie).....	Oui	Non

Quel est l'état de ses fonctions intellectuelles

Qualité de l'ouïe.....

Est-il appareillé? (entourer la réponse choisie)..... Oui Non

Qualité de la peau

Est-il incontinent? Urinaire (entourer la réponse choisie).....Oui Non

fécal (entourer la réponse choisie).....Oui Non

si oui, préciser (sonde, poche,couche).....

Sait-il se protéger seul(entourer la réponse choisie).....Oui Non

PRESSION ARTERIELLE: MAXI..... MINI

Fréquence des rythmes cardiaques

Le pouls est-il perçu? Ms (entourer la réponse choisie) Oui Non

Mi (entourer la réponse choisie) Oui Non

Présente des signes d'insuffisance:

- cardiaque (entourer la réponse choisie) Oui Non

- coronaire (entourer la réponse choisie) Oui Non

- artérielle ou veineuse des membres inférieurs (entourer la réponse choisie) Oui Non

Données du dernier ECG

Auscultation pleuro-pulmonaire:

le candidat tousse-t-il ? (entourer la réponse choisie) Oui Non

est-il essoufflé ? (entourer la réponse choisie).....Oui Non

est-il affligé d'un asthme ? (entourer la réponse choisie)..... Oui Non

présente-t-il une maladie pulmonaire contagieuse?..... Oui Non

laquelle ?

Le candidat souffre-t-il d'une affection digestive ? Oui Non

doit-il suivre un régime particulier? (entourer la réponse choisie)..... Oui Non

si oui, lequel ?

Le candidat souffre-t-il d'affection urinaires ou génitales ? Oui Non

si oui, préciser

s'il s'agit d'un homme, état de la prostate

s'il s'agit d'une femme, âge de la ménopause

présence d'un prolapsus utérin ? (entourer la réponse choisie)..... Oui Non

d'hémorragies génitales ? (entourer la réponse choisie)..... Oui Non

FOYER DU ROMARIN

246, rue du romarin – 34830 CLAPIERS

Tél.: 04. 67.02.34.50 - Fax.: 04. 67.59.46.50

e-mail : foyer.romarin@wanadoo.fr

site internet : <http://foyerduromarin.com>

ETABLISSEMENT PRIVE ASSOCIATIF SANS BUT LUCRATIF

(Rempli par votre médecin traitant et remis sous enveloppe cachetée avec votre dossier)

NOM et Prénom :

Le candidat présente-t-il un état métabolique? (*entourer la réponse choisie*) **Oui** **Non**

si oui, préciser: obésité, hypercholestérolémie, hyperglycémie, hémoglobine

Troubles statiques vertébraux.....

Troubles ostéo-articulaires.....

Le candidat est-il porteur de

prothèse(s) de hanches (*entourer la réponse choisie*)..... **Oui** **Non**

prothèse(s) de genoux (*entourer la réponse choisie*)..... **Oui** **Non**

autres.....

Le candidat présente-t-il?

des vertiges (*entourer la réponse choisie*)..... **Oui** **Non**

des acouphènes (*entourer la réponse choisie*)..... **Oui** **Non**

des céphalées (*entourer la réponse choisie*)..... **Oui** **Non**

des tremblements (*entourer la réponse choisie*)..... **Oui** **Non**

si oui préciser.....

des crampes (*entourer la réponse choisie*)..... **Oui** **Non**

si oui préciser.....Etat

État des réflexes.....

TRAITEMENT ACTUEL

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

Commentaires libres du médecin :

Fait à :.....
Le

Cachet et signature du médecin
(obligatoire)

MERCI POUR VOTRE COOPERATION !

FOYER DU ROMARIN

246, rue du romarin – 34830 CLAPIERS

Tél.: 04. 67.02.34.50 - Fax.: 04. 67.59.46.50

e-mail : foyer.romarin@wanadoo.fr

site internet : <http://foyerduromarin.com>

ETABLISSEMENT PRIVE ASSOCIATIF SANS BUT LUCRATIF

NOM et Prénom :

Date de naissance :

GRILLE A.G.G.I.R.

Mettre les lettres A, B ou C dans les cases **A = fait seul, totalement, habituellement et correctement** **B = fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement** **C= ne fait pas**

Infos pour remplir sur internet <http://www.sante.gouv.fr/hm/publication/aggir/guideaggir.htm>

Converse et se comporte de façon logique et censée

Indiquer A, B ou C dans les cases

Se repère dans le temps, dans la journée, dans les lieux

Effectue sa toilette

Du haut

Du bas

S'habille

Haut

Moyen

Bas

A table

Se servir (couper la viande, ouvrir un yaourt, remplir son verre,...)

Manger

(porter les aliments à sa bouche, avaler)

Assure l'élimina-

Urinaire

Anale

Se lève, se couche et s'assied

Se déplace à l'intérieur (avec ou sans canne, déambulateur, ...)

Se déplace à l'extérieur (à partir de la porte d'entrée)

Communique à distance (téléphone, sonnette, alarme, ...)

Date de l'évaluation

Cachet et signature du médecin (obligatoire)

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Adresser toute demande à la direction de l'établissement.

FOYER DU ROMARIN

246, rue du romarin – 34830 CLAPIERS

Tél.: 04. 67.02.34.50 - Fax.: 04. 67.59.46.50

e-mail : foyer.romarin@wanadoo.fr

site internet : <http://foyerduromarin.com>

ETABLISSEMENT PRIVE ASSOCIATIF SANS BUT LUCRATIF