



## MOTIF DU PLACEMENT

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

## RESIDENCE ACTUELLE

- Domicile
- Hôpital
- Maison de retraite
- Famille
- Autres, préciser

## AIDES ACTUELLES

### Aides humaines :

- Hospitalisation à domicile
- Service de soins infirmiers à domicile
- Auxiliaire de vie
- IDE à domicile
- Aide ménagère
- Kiné
- Famille

Fréquence

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

### Aides techniques

- Canes
- Déambulateur
- Fauteuil roulant
- Lève-personne
  
- Autres, préciser

## A) ANTECEDENTS

- Médicaux

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

- Chirurgicaux

.....  
.....

- Hospitalisations principales

.....  
.....

- Psychiatriques

.....  
.....

- Allergie

.....  
.....

- Vaccinations : .....
- Date du dernier vaccin anti tétanique : .....
- Date du dernier vaccin pneumo 23 : .....
- Date du dernier vaccin contre la grippe : .....

## B) ETAT SOMATIQUE ACTUEL

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

### 1) Général et métabolique

.....  
.....

### 2) Digestif

#### Régime particulier

.....  
.....

Continence anale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sonde de gastrostomie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Poche de colostomie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

### 2) Pulmonaire

Oxygénothérapie : continue  discontinue   
Trachéotomie : oui  non

.....  
.....

### 3) Cardiovasculaire

Pace Maker : oui  non

.....  
.....

### 4) Fonctions sensorielles

Vue	sans difficulté <input type="checkbox"/>	avec difficulté <input type="checkbox"/>	perte totale <input type="checkbox"/>
Ouïe	sans difficulté <input type="checkbox"/>	avec difficulté <input type="checkbox"/>	perte totale <input type="checkbox"/>
Parole	sans difficulté <input type="checkbox"/>	avec difficulté <input type="checkbox"/>	perte totale <input type="checkbox"/>

#### Prothèses

Dentaires		bas <input type="checkbox"/>	haut <input type="checkbox"/>		
Auditives	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite
Lunettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

Autres :

### 5) Etat cutané

<i>Escarres</i>	<i>oui</i> <input type="checkbox"/>	<i>non</i> <input type="checkbox"/>
<i>Ulcères</i>	<i>oui</i> <input type="checkbox"/>	<i>non</i> <input type="checkbox"/>

.....  
.....



**9) Autre(s) pathologie(s)**

- Diabète Insulino-dépendant :    oui                     non
- Affections rénales :                oui                     non

Autres : .....

**C) ETAT FONCTIONNEL**

**Veillez cocher de façon précise les cases correspondant à l'état actuel du patient concernant les sept rubriques ci-dessous détaillées :**

	Manger	S'habiller	Faire sa toilette	Transfert		Se déplacer	
				assis/debout	debout/coucher	intérieur	extérieur
Seul sans difficulté							
Avec une aide partielle (incitation ou surveillance)							
Avec une aide totale							

**D) TRAITEMENT ACTUEL**

*1) Médicaments*

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

*2) L'état psychique actuel impose t-il des conditions particulières de sécurité (antécédents, fugue désorientation ...) ?*

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

**Date :**

**CACHET DU MEDECIN**

*L'établissement .....dans le cadre de la gestion de la demande d'inscription en EHPAD ou en USLD précise que les informations enregistrées sont réservées à son usage exclusif. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne peut obtenir communication de ses données personnelles en s'adressant à l'établissement concerné (adresse /courriel / numéro de téléphone .....)*