

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « Les Collines » RIEDISHEIM

Ce dossier d'inscription en 5 pages est accepté dans la plupart des établissements d'Alsace. Un seul dossier est à remplir, puis à dupliquer si plusieurs demandes sont déposées. Chaque établissement peut demander des informations supplémentaires et reste à disposition pour tout renseignement complémentaire.

Il est recommandé de garder une photocopie du dossier et des pièces. L'exactitude et la sincérité des renseignements sont la base de toute relation de confiance dans l'intérêt de la personne âgée.

### INFORMATIONS GENERALES

(à remplir par la personne concernée et/ou son entourage ou médico social)

Nom..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Nationalité.....

Date de naissance ..... Lieu .....

Adresse : .....

.....



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N°Sécurité Sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Situation familiale :  Marié(e)  Veuf (ve)  Séparé (e), divorcé (e)  Célibataire

Nombre d'enfant(s) : .....

Conditions de vie à domicile :  Seul  Couple  Autre, préciser

Situation actuelle :  A domicile  En EHPAD  A l'hôpital  Autre, préciser

### Personne (s) à contacter en priorité

Nom et lien de relation	Adresse et téléphone

Protection juridique  Oui  Non  En cours

(Si oui, type de protection, Nom et coordonnées du curateur / tuteur)

### Médecin traitant :

Nom..... Prénom .....

Tél 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Adresse .....

La personne est-elle informée de la demande :  Oui  Non  Ne peut comprendre

La personne est-elle consentante :  Oui  Non  Ne peut comprendre

## AUTRES INFORMATIONS

- Qu'est ce qui motive votre demande de placement ?
  
- Quelles sont vos attentes auprès de notre établissement ?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Quel est le degré d'urgence de votre demande ?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Quelle est la commune d'origine ?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Quelles sont les conditions actuelles : Hospitalisation, Evènements familiaux récents, Eléments biographiques importants, Profession, Langue parlée, Religion...

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT LA PARTIE ADMINISTRATIVE ET SOCIALE DE LA DEMANDE ?

**Coordonnées** : .....

**Téléphone** : .....

**Date de la demande** : .....

**Date souhaitée d'admission** .....

**Signature**

## EVALUATIONS FONCTIONNELLES

**A remplir par le médecin et/ou par l'infirmière et/ou l'équipe médico sociale** avec l'aide de l'entourage si possible. L'évaluation fonctionnelle est une partie essentielle de la demande d'inscription. La précision des informations permet l'adéquation de l'orientation de la personne vers une structure adaptée.

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Date de naissance** .....

<b>GRILLE A.G.G.I.R</b> <b>Autonomie Gérontologique</b> <b>Groupe Iso-Ressource.</b>	Fait seul Totalement Habituellement Correctement	Fait partiellement ou non habituellement ou non correctement	Ne fait pas
Cohérence (conserver / comporter de façon logique et censée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation (se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette du haut (visage, mains, rasage, coiffure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette du bas (toilette intime, membres inférieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du haut (vêtements enfilés par la tête et les bras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage moyen (boutonnage, ceinture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du bas (pantalon, bas, chaussage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation : se servir (couper la viande, peler un fruit, remplir son verre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation : manger (porter les aliments à la bouche et avaler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination urinaire (en assurer l'hygiène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination fécale (en assurer l'hygiène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'intérieur (avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur (à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance (utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ÉVALUATION FONCTIONNELLE AUTRES ELEMENTS

**Poids (indispensable)**..... **Taille :**.....

**Troubles visuels :**             Non         Peu invalidants         Très invalidants

**Troubles auditifs :**             Non         Peu invalidants         Très invalidants

**Communication verbale :**     Aisée         Difficile                 Impossible

*( Réservé au Médecin Coordonnateur de l'Etablissement )*

GIR 1 / 2

GIR 3 / 4

GIR 5 / 6

EVALUATION LE .. / .. / ....

**Comportement et état psychique :**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
▪ Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Troubles de la compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Déambulation, errance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Agitation, agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Passivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

**Etat cutané**

- Normal     Ulcération     Localisation :  
 Escarre     Localisation :

**Régime alimentaire**

**Aides techniques** (cadre de marche, fauteuil roulant, soulève-malade, matelas anti-escarres, etc...)

**Soins techniques infirmiers** (sonde, pansement, stomies, injections, chambre d'injection, etc...)

**Soins de rééducation**

<b>COMMENTAIRES SUR L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE</b>
--

Identification de la personne qui remplit la partie évaluation fonctionnelle (p3-4) de la demande

**Coordonnées :** .....

**Téléphone :** .....

**Date :**

**Signature**