

DEMANDE D'ADMISSION

NOM et Prénoms	.....
Etat civil	.....
Numéro National	.....
Lieu et date de naissance	.....
Domicile	.....
Résidence	.....
NOM, Prénom et Adresse des enfants	....................
NOM, adresse de N° téléphone de la personne à prévenir en cas de nécessité	...............
Organisme assureur (Mutuelle) N° matricule V.I.P.O. - oui - non Gros risques	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Pension	.....
Montant	.....
N° Brevet	.....
Autres revenus	.....
Entrée le :	Sortie le :

NOM :PRENOM :ETAT CIVIL :
Date de Naissance :/...../..... Adresse :

Je soussigné Docteur certifie que le patient ne présente actuellement aucun signe évident de maladie contagieuse et peut être admis en maison de repos. Date et signature :

Antécédents héréditaires :

Antécédents personnels :

Dates	Nature	Traitements
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allergies, intolérances et dépendances :

Situation vaccinale :

Tétanos : / / /
Grippe : / / / /
Pneumocoque : / / /
Autres : / / /

BILAN CLINIQUE

1. Anamnèse systématique :

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

2. Situation actuelle : Taille : Poids : T.A. :

Etat Général :

Etat Cognitif :

L'intéressé(e) - est entièrement autonome

OUI :

NON :

Partiellement

Totalement

- est dépendante

pour se lever :

pour se laver :

pour se s'alimenter :

pour s'hydrater :

pour se déplacer :

L'intéressé(e) est incontinent(e)

Urines :

NON

OUI (précisez)

Selles :

NON

OUI (précisez)

3. Traitement :

Traitements	Posologie	Depuis le
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D.M.G. :/...../.....

Renouvelé le :

Mutuelle :

Vignette mutuelle

Entré(e) le :/...../.....

Venant de :

Pour le motif de :

Médecin traitant :

Tél. :

G.S.M. :

Hôpital désiré :

Personnes de contact :

- 1.
- 2.
- 3.

Données sensibles

Métiers exercés :

Mode de vie :

Options :

- Quant à la fin de vie :
- Quant à la souffrance :
- Autres :

ECHELLE D'EVALUATION

NOM – Prénom :

Complétez la colonne "nouveau score" par 1, 2, 3 ou 4 à l'aide des critères des colonnes attenantes.

CRITERE	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS		est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE		est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE		est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE		1	2	3	4
TEMPS (2)		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer

OU : le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du