

Tel : 04.92.83.98.00
Fax : 04.92.83.61.78
E-mail : hl.castellane@wanadoo.fr



DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX EN VUE DE L'ADMISSION

RECUEIL DE DONNEES

DATE D'ENTREE PREVUE :

NOM :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU :

DERNIERE ADRESSE :

TUTELLE :

OUI

NON

Nom du tuteur et coordonnées :

SITUATION FAMILIALE :

CULTE :

Profession antérieure :

Motif de la demande d'admission (ou raison du placement)

Lieu où se trouve actuellement la personne (si hospitalisation - motif) :

L'intéressé(e) est-il (elle) prévenu(e) ? :

OUI

NON

L'intéressé(e) est-il (elle) d'accord ? :

OUI

NON

L'intéressé(e) sera-t-il (elle) accompagné(e)? :

OUI

NON

L'intéressée a-t-il (elle) gardé des contacts avec
sa famille, ses amis ?

OUI

NON

ANTECEDENTS

Antécédents médicaux (avec année d'apparition si possible) :

Antécédents chirurgicaux (avec année d'intervention si possible):

Antécédents Allergiques

OUI

NON

Si OUI, précisez

DEGRE D'AUTONOMIE

	SEUL	A STIMULER	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
<u>Motricité</u>				
Se lève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se couche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fauteuil roulant
Déambulateur

OUI
OUI

NON
NON

	SEUL	A STIMULER	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
<u>Fait sa toilette</u>				
Au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'habille

	SEUL	A STIMULER	INSTALLER ET COUPER LES ALIMENTS	AIDE TOTALE
<u>S'alimente</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prend les médicaments

Continence urinaire TOTALE PARTIELLE INCONTINENCE
NOCTURNE INCONTINENCE
TOTALE

Continence fécale TOTALE PARTIELLE INCONTINENCE

GIR si connu

VISION - AUDITION - LANGAGE - PROTHESE DENTAIRE

<u>Problème visuel</u>	NEANT	LEGER	IMPORTANT	TOTAL
Port des lunettes		OUI	NON	
Port de verres de contacts		OUI	NON	
 <u>Problème auditif</u>	 NEANT	 LEGER	 IMPORTANT	 TOTAL
Port d'appareil		OUI	NON	
	OR. DROITE	OR. GAUCHE	DES 2 CÔTES	
 <u>Trouble du langage</u>	 NEANT	 LEGER	 IMPORTANT	 ETRANGER
 <u>Prothèse dentaire</u>	 OUI			 NON
	HAUT	BAS		

DONNEES ANTHROPOMETRIQUES

POIDS (kg) :

TAILLE :

IMC :

ETAT PSYCHIQUE

Antécédents psychiatriques OUI NON
 Si OUI, diagnostic :
 Stabilisé(e) OUI NON
 Première hospitalisation : - Année :
 - Circonstances :
 Parcours (établissements, placements) :

ETAT ACTUEL :

Communication	Normale	Réservé(e)	Bavard(e)	Mutique
Sommeil	Normal	Insomnie	Hypersomnie	
Comportement	Normal	Fugue	Vol	
Addiction	Alcool	Tabac	Autre	
Conduites	Agressivité verbale	Hétéro-agressivité	Auto-agressivité	
Troubles de l'orientation		OUI		NON
		TEMPORELLE	SPATIALE	
Trouble de la mémoire	Néant	Légers	Importants	Très importants

SOINS PARTICULIERS

ESCARRE - ULCERE

OUI

NON

Si OUI Localisation :

Phase d'évolution :

Protocole :

Autres plaies :

COLOSTOMIE

OUI

NON

TRACHEOTOMIE

OUI

NON

ACTIVITES MANUELLES ET LOISIRS

Couture

Tricot - crochet

Lecture

TV - Radio - Musique

Jardinage

Bricolage

Chant

Peinture

Autres précisez :

OBSERVATIONS EVENTUELLES

Date :

Signature :

(Nom, Fonction et N° Tel)