

QUESTIONNAIRE MEDICAL

pour l'admission dans les services de Gériatrie :
EHPAD ou USLD

Site de Poissy ou de Saint-Germain-en-Laye

☞ Si vous souhaitez faire une demande de placement **aux Maisonnées à Poissy**, merci d'adresser ce questionnaire médical sous pli cacheté à l'adresse suivante :

USLD LES MAISONNEES
Secrétariat Médical
10 rue du Champ Gaillard
BP 3082
78303 Poissy Cedex

☞ Si vous souhaitez faire une demande de placement **à Hervieux à Poissy**, merci d'adresser ce questionnaire médical sous pli cacheté à l'adresse suivante :

EHPAD HERVIEUX
A l'attention du Médecin responsable
7 Rue de Beauregard
78300 Poissy

☞ Si vous souhaitez faire une demande de placement **dans un établissement de St Germain**, merci d'adresser ce questionnaire médical sous pli cacheté à l'adresse suivante :

EHPAD FONDATION ROPITAL ANQUETIN
Secrétariat Médical
2 Rue Pasteur
78100 Saint-Germain-en-Laye

☞ Si vous souhaitez faire votre demande dans plusieurs établissements, vous pouvez adresser un questionnaire médical à chacun selon votre choix.

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pour l'admission dans les services de Gériatrie : EHPAD ou USLD

M., Mme, Mlle..... Prénom

Né(e) le

Adresse

Coordonnées du médecin qui remplit le questionnaire

Cachet

Date

Signature

1. Circonstances de la demande d'entrée

Oui

Non

- Emane-t-elle de l'intéressé(e) ? Oui Non
- Est-ce un rapprochement vers la famille ? Oui Non
- Motif de la demande :
 - Altération physique Oui Non
 - Altération psychique Oui Non
 - Altération du réseau socio-familial Oui Non
 - Autre, à préciser..... Oui Non
- Accord de l'intéressé pour un séjour définitif ? Oui Non

2. Sociabilité, centres d'intérêt

Oui

Non

- Intérêt pour la vie relationnelle ? Oui Non
- Centres d'intérêts particuliers ? Oui Non

Si OUI, lesquels ? (lecture, musique, TV, sports...) :

3. Antécédents :

➤ Médicaux :

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

➤ Chirurgicaux :

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

➤ Allergiques :

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

➤ Dernières vaccinations (dates) : Tétanos : Grippe :

Pneumocoque :.....

4. Brève histoire de la maladie actuelle :

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

5. Etat actuel de l'intéressé

Oui

Non

➤ Existence d'affections psychiques ?
Si OUI, lesquelles ?

.....
.....

➤ Existence de troubles du comportement ?
Si OUI, lesquels ?

.....
.....

	Oui	Non
➤ Existence de troubles des fonctions cognitives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Existence de troubles mnésiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Existence d'une désorientation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Existence d'une confusion mentale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ L'intéressé(e) fait-il des fugues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Existence d'intoxication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Existence d'escarres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI, localisation :		
.....		
.....		
➤ Germes multirésistants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- staphylocoque Méti R en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- antécédents staphylocoque Méti R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klebsielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autres :.....		
➤ Poids : Taille :		

6. Problèmes sensoriels

	Oui	Non
➤ Vision suffisante dans la vie courante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Audition suffisante (avec ou sans appareillage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Etat des sphincters

	Oui	Non
➤ Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Incontinence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Déplacements

Oui

Non

- Possible sans aide ? Oui Non
 - Possible avec aide : Oui Non
 - Avec une canne ? Oui Non
 - Avec un déambulateur ? Oui Non
 - Avec l'aide d'une tierce personne ? Oui Non
 - Possible en fauteuil roulant ? Oui Non
 - L'intéressé est-il déjà tombé ? Oui Non
-

9. Hygiène

Oui

Non

- L'intéressé fait-il sa toilette seul ? Oui Non
 - Si NON : Aide partielle ? Oui Non
 - Aide totale ? Oui Non
-

10. Habillage

Oui

Non

- Adapté, possible seul ? Oui Non
 - Si NON : Aide partielle ? Oui Non
 - Aide totale ? Oui Non
-

11. Alimentation

Oui

Non

- Prothèse dentaire Oui Non
- L'intéressé mange-t-il sans aide ? Oui Non
- Sa nourriture exige-t-elle une préparation particulière ? Oui Non
 - Mixée ? Oui Non
 - Liquide per os ? Oui Non
 - Liquide par sonde ? (préciser : S.N.G., G.P.E.) Oui Non
- Existence de fausse routes ? Oui Non
 - Si OUI : Aux liquides ? Oui Non
 - Aux solides ? Oui Non
- L'intéressé boit-il de l'eau gélifiée ? Oui Non

12. Thérapeutiques

Oui

Non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Reçoit-il des soins infirmiers ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dextro (nombre quotidien : _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perfusions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres injections,
(Preciser.....) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trachéotomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pansement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI : Localisation : | | |
| Temps :..... | | |
| ➤ Reçoit-il des soins kinésithérapiques ou autres
(orthophonie, ergothérapie...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Pacemaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Traitement médicamenteux actuel : | | |
| | | |
| | | |
| | | |

13. Statut juridique

Oui

Non

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Existence d'une mesure de protection ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si OUI, laquelle ? | | |

Tutelle : Nom du tuteur :

Coordonnées :

Curatelle : Nom du curateur :

Coordonnées :

Sauvegarde de justice : Date de la demande :

Si NON, est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

14. Régime de Sécurité Sociale :

Oui

Non

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ L'intéressé est-il à 100% ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Si OUI, pour quelle(s) affection(s) :

.....

 Date de renouvellement.....

15. Grille AGGIR ci-jointe

GRILLE AGGIR

VARIABLES DISCRIMINANTES		Autonomie A B C (1)	Résultat	Observations
1	COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée (délires-insomnies)			
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux. Actes dangereux, fugues, problèmes amnésiques-visuels-auditifs			
3	TOILETTE : du haut et du bas du corps : assurer son hygiène corporelle (AA = A, CC = C, autres = B)			
4	HABILLAGE (haut, moyen, bas) : s'habiller, se déshabiller, se présenter (AAA = A, CCC = C, autres = B)			
5	ALIMENTATION : se servir et manger les aliments préparés (AA = A, CC = C, BC = C, CB = C, autres = B)			
6	ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (AA = A, CC = C, AC = C, CA = C, BC = C, CB = C, autres = B)			
7	TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir			
8	DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...			
9	DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport (craintes-appréhension)			
10	COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...			

GIR :

A : fait seul, totalement, habituellement et correctement

B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement

C : ne fait pas

Habituellement est la référence au temps

Correctement est la référence à l'environnement conforme aux usages et aux mœurs.

La notion « *seul* » correspond à « fait spontanément seul » suppose qu'il n'existe ni incitation ni stimulation de la part d'un tiers.

Date :

FICHE ADMINISTRATIVE

A compléter et à joindre au questionnaire médical

ETABLISSEMENT CHOISI (par ordre de préférence de 1 à 4) : ce choix sera confirmé après avis médical.

Site de Poissy

- ◇ EHPAD HERVIEUX
- ◇ USLD LES MAISONNEES

Site de Saint-Germain-en-Laye

- ◇ EHPAD FONDATION HOPITAL ANQUETIN
- ◇ USLD NIVARD

ETAT CIVIL DU PENSIONNAIRE

NOM : Nj Prénom.....

Né(e) le : à.....Dépt.....

Ancienne profession

Adresse actuelle.....

Adresse antérieure.....

Situation familiale.....Nombre d'enfants.....

SECURITE SOCIALE

N° Sécurité Sociale :

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

Centre de sécurité sociale :

Exonération du ticket modérateur : OUI ◇ NON ◇ jusqu'au

MUTUELLE

Nom

Adresse.....

N°d'adhérent.....

PERSONNES A PREVENIR

NOM et Prénom :

Qualité.....

Si protection juridique ◇ Tuteur ◇ Curateur ◇ Mandataire spécial

Adresse :

 (domicile)..... (travail).....

 (portable)..... (fax).....



Mèl :



NOM et Prénom :

Qualité :

Si protection juridique Tuteur Curateur Mandataire spécial

Adresse :

 (domicile)..... (travail).....

 (portable)..... (fax).....

Mèl :

NOM et Prénom :

Qualité :

Si protection juridique Tuteur Curateur Mandataire spécial

Adresse :

 (domicile)..... (travail).....

 (portable)..... (fax).....

Mèl :

Avez-vous déposé une demande d'aide sociale ?

OUI - NON

Si oui, à quelle date et dans quelle commune?

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

Avez-vous reçu la notification de décision du Conseil Général ?

OUI - NON

Une procédure de protection juridique (curatelle, tutelle) est-elle en cours ?

OUI - NON

Si oui, date de la demande et auprès de quel tribunal ?

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