

# 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) ?
  - Est-ce un rapprochement vers la famille ?
  - Motif de la demande :
    - Altération physique
    - Altération psychique
    - Altération du réseau socio-familial
    - Autre, à préciser.....
  - Accord de l'intéressé pour un séjour définitif ?
- 

**2. Sociabilité, centres d'intérêt** **Oui** **Non**

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

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 ?

10 of 10

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

□

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ 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 ? Si OUI, localisation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
➤ 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 : .....		

---

<b>6. Problèmes sensoriels</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ Vision suffisante dans la vie courante Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Audition suffisante (avec ou sans appareillage) Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

<b>7. Etat des sphincters</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Incontinence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>8. Déplacements</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ Possible sans aide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Possible avec aide :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avec une canne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avec un déambulateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avec l'aide d'une tierce personne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Possible en fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ L'intéressé est-il déjà tombé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

<b>9. Hygiène</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ L'intéressé fait-il sa toilette seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si NON : Aide partielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide totale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

<b>10. Habillage</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ Adapté, possible seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si NON : Aide partielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide totale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

<b>11. Alimentation</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ L'intéressé mange-t-il sans aide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sa nourriture exige-t-elle une préparation particulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mixée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquide per os ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquide par sonde ? (préciser : S.N.G., G.P.E.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Existence de fausse routes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI :    Aux liquides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aux solides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ L'intéressé boit-il de l'eau gélifiée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>12. Thérapeutiques</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ 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"/>
Oxygénotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres injections, (Préciser.....)	<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 :	<hr/> <hr/> <hr/>	
<b>13. Statut juridique</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ Existence d'une mesure de protection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI, laquelle ?		
<b>Tutelle</b> : Nom du tuteur : .....		
Coordonnées : .....		
<b>Curatelle</b> : Nom du curateur : .....		
Coordonnées : .....		
<b>Sauvegarde de justice</b> : Date de la demande : .....		
Si NON, est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Régime de Sécurité Sociale :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
➤ L'intéressé est-il à 100% ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI, pour quelle(s) affection(s) :	<hr/>	
Date de renouvellement.....		
<b>15. Grille AGGIR ci-jointe</b>		

## GRILLE AGGIR

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

#### **ETAT CIVIL DU PENSIONNAIRE**

NOM : ..... Nif ..... 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 ? .....

.....

.....

.....