



RÉSIDENCE SAINTE MONIQUE

**LIVRET D'ACCUEIL
DU RESIDENT
ANNEXES**

**RESIDENCE EHPAD
SAINTE-MONIQUE**

Adresse : 3 Chemin de Grazza, BP 40216, 07204 AUBENAS Cedex
Tel : 04 75 36 54 60 / Fax : 04 75 93 01 55
Mail : contact@ehpad-saintemonique.fr
site internet : www.residencesaintemonique.fr

SOMMAIRE

1^{ère} fiche de renseignements administratifs.....	P.1
Document pour apprendre à mieux connaître la personne accueillie.....	P.2 à 5
Questionnaire médical	P.6 et 7
Grille AGGIR	P.8

1^{ère} fiche de renseignements administratifs

Nom du résident : Nom de jeune fille

Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

Nom de l'organisme de sécurité sociale :

Situation familiale : Marié(e) Veuf(ve) Célibataire

Ancienne profession :

Adresse actuelle :

.....
.....

Coordonnées des familles/tuteur/proche

Nom, prénom Lien :

Adresse :

Téléphones :

Adresse mail :

Nom, prénom Lien :

Adresse :

Téléphones :

Adresse mail :

Nom, prénom Lien :

Adresse :

Téléphones :

Adresse mail :

Histoire et habitudes de vie du résident

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

IDENTITÉ DU RÉSIDENT

Lieu de naissance :

Téléphone portable :

Date d'entrée dans l'EHPAD :

Motif de l'admission en EHPAD :

.....

Provenance : Domicile Maison Appartement
 Autres (ex : structure hospitalière)

Protection juridique : Aucunes Curatelle Tutelle

Identités et coordonnées du tuteur ou curateur :

.....

.....

Identités et coordonnées de la personne de confiance :

.....

.....

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)
 Séparé(e) Pacsé(e) Vie maritale Remariage

Nombre d'enfants :

Nom	Prénom	Date de naissance	Adresse	Téléphone

Parcours de vie durant l'enfance et l'adolescence :

Profession du père :

Profession de la mère :

Nombre de frères et sœurs :

Lieu et habitation pendant l'enfance :

Loisirs, occupations pendant l'enfance :

.....

Evènements marquants (familiaux, médicaux, sociaux...) :

.....

.....

.....

Parcours de vie durant la vie adulte :

Profession principale exercée :

Autres professions exercées :

Quelles étaient vos occupations favorites ?

.....

.....

Quels voyages avez-vous fait ?

.....

.....

Evènements marquants (familiaux, médicaux, sociaux...) :

.....

.....

.....

HABITUDES ALIMENTAIRES

Aliments préférés :

-

-

-

-

Non goûts :

-

-

-

Texture :

Normale

Hachée

Mixée

Hydratation :

Normale Gazeuse Gélifiée

Allergies ou intolérances alimentaires :

.....

Régime alimentaire prescrit médicalement ?

Sans sucre Sans sel Autres

Remarques particulières à propos des repas ou de l'alimentation en général :

.....

REPOS ET SOMMEIL

Heure du lever :

Heure du coucher :

Sieste : Oui Non

Regarde la télévision avant de se coucher : Oui Non

Sommeil régulier : Oui Non

Se lève la nuit : Oui Non

Pour quel motif ?

HYGIENE CORPORELLE ET ESTHETIQUE

Faites-vous votre toilette seul(e) ?

Seul Avec aide partielle Avec aide totale

Combien de fois par semaine :

Douche : Oui Non

Combien de fois par semaine :

Toilette au lavabo : Oui Non

Combien de fois par semaine :

MOBILITÉ ET DÉPLACEMENTS

Etes-vous : Droitier Gaucher

Déplacement :

- Seul : Oui Non

- Matériel utilisé pour se déplacer (fauteuil, canne etc...) :
- Avez-vous déjà fait des chutes ? Oui Non

AUTRES APPAREILLAGES

Troubles de l'audition : Oui Non

Si oui : Oreille droite Oreille gauche

Port d'un appareil auditif ? Oui Non

Gère seul(e) son appareil auditif Oui Non

Troubles de la vision : Oui Non

Port de lunettes : Oui Non

Port d'appareils dentaires :

- Oui : Bas Haut
- Non

VIE SOCIALE ET CULTURELLE

Quelles activités souhaiteriez-vous continuer au sein de l'établissement ?

.....

.....

.....

Appréciez-vous d'être seul(e) ?

- Oui Non A certains moments de la journée

Religion :

Souhait de participer à la messe : Oui Non

Autres renseignements susceptibles de compléter ce questionnaire d'habitudes de vie et qu'il serait important de connaître avant votre entrée dans la résidence :

.....

.....

.....

.....

Questionnaire médical en vue d'une admission en EHPAD

A compléter par le médecin traitant (ou un médecin qui suit actuellement la personne)

Renseignements du patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse actuelle :

ANTECEDENTS MEDICAUX

	OUI	NON	Observations
Accident vasculaire cérébral			
Insuffisance cardiaque			
Cardiopathie ischémique			
H.T.A			
Artérite			
Maladie Thromboembolique			
Insuffisance respiratoire chronique			
Insuffisance rénale chronique			
Diabète insulino-dépendant			
Diabète non insulino-dépendant			
Tuberculose récente			
Néoplasie			

Chirurgicaux :

.....

Autres antécédents importants :

.....

ETAT ACTUEL

Poids : Taille :

- Appareil cardio-vasculaire :
- Appareil pleuropulmonaire :
- Système nerveux :
- Appareil digestif :
- Appareil génito-urinaire :
- Appareil locomoteur :
- Escarres (localisations) :
- Organes des sens : Vue : bonne mauvaise appareillée
 Oùïe : bonne mauvaise appareillée
- Denture : bonne mauvaise appareillée
- Perte d'appétit récente (moins de 3 mois) : Oui Non
- Perte de poids récente : Oui Non
- Si oui, combien ?

ETAT PSYCHIQUE

- Affaiblissement des fonctions intellectuelles : Non Léger Important
- Langage :
- Mémoire :
- Sommeil : - satisfaisant : Oui Non
- somnifère : Oui Non
- Agitation nocturne : Oui Non
- Agitation, agressivité :
- Dépression, inertie :
- Idées délirantes :

Y-a-t-il une affection en cours :

Depuis quelle date ?

HOSPITALISATION EN COURS

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	AURES

Autres :

L'intéressé est-il indemne de toute affection contagieuse et peut-il sans danger pour lui-même et pour son entourage vivre en collectivité : Oui Non

Nom et Adresse du Médecin Traitant :

.....

Fait à :

Le :

Signature et cachet du Médecin :

GRILLE A.G.G.I.R

Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

Nom : Prénom : Date :

VARIABLES DISCRIMINANTES

Variables	Sous variables	A	B	C
1. Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir				
2. Déplacements à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant				
3. Toilette Concernant l'hygiène corporelle	Haut			
	Bas			
4. Elimination Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire			
	Fécale			
5. Habillage S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut			
	Moyen			
	Bas			
6. Cuisine Préparer ses repas et les conditionner pour être servis				
7. Alimentation Manger les aliments préparés	Se servir			
	Manger			
8. Suivi du traitement Se conformer à l'ordonnance du médecin				
9. Ménage Effectuer l'ensemble des travaux ménagers				
10. Alerter Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme				
11. Déplacements à l'extérieur A partir de la porte d'entrée sans moyens de transport				
12. Transport Prendre et/ou commander un moyen de transport				
13. Activités du temps libre Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps				
14. Achats Acquisition directe ou par correspondance				
15. Gestion Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens				
16. Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	Dans le temps			
	Dans l'espace			
17. Cohérence Conserver et/ou se comporter de façon sensée	Communication			
	Comportement			

LEGENDE :

A = Fait seul totalement, habituellement et correctement

B = Fait partiellement

C = Ne fait pas