



# ASSOCIATION SAINT-JOSEPH

Association Loi 1901 – Reconnue d'Intérêt Général  
[www.association-saint-joseph.fr](http://www.association-saint-joseph.fr)

## Regroupement des EHPAD

- Maison Saint Joseph à NAY - siège Social et Administratif
- Maison Jeanne Elisabeth/Saint André à IGON
- Maison Sainte Marie à PAU

# DOSSIER ACCUEIL DE JOUR MAISON DE RETRAITE St JOSEPH

05 2011 – Indice 3

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_


Domicile : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_



PHOTO

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

Référent familial : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

# RECUEIL DE DONNEES

**DATE ENTREE :**

**DATE SORTIE :**

FREQUENCE DE L'ACCUEIL DE JOUR :

MOTIF :

DEVENIR :

**NOM :**

**PRENOM :**

**NOM DE JEUNE FILLE :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**LIEU :**

AGE :

DEPARTEMENT :  
NIVEAU SCOLAIRE :

**ANCIENNE PROFESSION :**

**NATIONALITE :**

**ADRESSE PERSONNELLE** (si la personne vit seule) :

**NOM ET ADRESSE DE LA FAMILLE LA PLUS PROCHE :**  
(et/ou FAIRE PARVENIR LA FACTURATION)

**PERSONNES A PREVENIR /NOM – PRENOM – ADRESSE - NUMEROS DE TELEPHONE**

• **REGIME DE PROTECTION :**

TUTELLE	<input type="checkbox"/>	Coordonnées
CURATELLE	<input type="checkbox"/>	Coordonnées
SAUVEGARDE	<input type="checkbox"/>	Coordonnées

• **CONDITION DE VIE :**

MAISON	<input type="checkbox"/>	VIT EN FAMILLE AVEC :	
APPARTEMENT	<input type="checkbox"/>	VIT SEUL (E)	<input type="checkbox"/>
IDE		<input type="checkbox"/>	
		AIDE MENAGERE	<input type="checkbox"/>
		CABINET INFIRMIER	<input type="checkbox"/>
		KINE	<input type="checkbox"/>
		ASSISTANTE SOCIALE	<input type="checkbox"/> Coordonnées

• **SITUATION FAMILIALE :**

CELIBATAIRE :                   MARIE (E)                            VEUF (VE)            
CONCUBINAGE :                   DIVORCE(E)                            SEPRE (E)         

• **NOM DU MEDECIN TRAITANT :**

ADRESSE :

N° de Tél. :

• **AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE OU D'HOSPITALISATION :**

HOPITAL                            CLINIQUE                            LAQUELLE

SIGNATURE FAMILLE OU TUTEUR

• **COUVERTURE SOCIALE :**

N° D'IMMATRICULATION :

CPAM      
CAISSE MILITAIRE            
MSA   

MUTUELLE :

N° ADHERENT :

CARTE D'INVALIDITE :                  OUI                                    NON         

CAISSE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE :

ALLOCATION PERSONNALISE D'AUTONOMIE :          OUI                                    NON         

TRANSPORT ASSURE PAR :

FAMILLE                            AUTRE         

• **RYTHME DES PRISES EN CHARGE EN ACCUEIL :**

• **GIRAGE A L'ENTREE :**

# GENEALOGIE

NOM DU PERE :

PRENOM :

NOM DE LA MERE :

PRENOM :

NOMBRE DE FRERES ET SŒURS :

NOMS – PRENOMS :

VIVANTS

DECEDES

- NOM DU CONJOINT :
- PRENOM :
- ANNEE DE MARIAGE :
- NOMBRE D'ENFANTS :

PRENOMS :

- NOMBRE DE PETITS – ENFANTS :

PRENOMS :

- NOMBRE D'ARRIERE PETITS – ENFANTS :

PRENOMS :

# **CONNAISSANCE DE LA PERSONNE**

• **REGIME ALIMENTAIRE :**

- SANS SEL                      NORMAL                      PREPARER L'ASSIETTE
- SANS SUCRE
- SANS GRAISSE                      MIXE
- SANS ALCOOL

- **AIDE GESTUELLE POUR S'ALIMENTER :**

- PARTIELLE                      TOTALE                      FAUSSES ROUTES

- **GOÛTS ALIMENTAIRES :**

ALIMENTS PREFERES :

ALIMENTS NON APPRECIES :

- **INTOLERANCES ALIMENTAIRES :**

- **PROTHESE DENTAIRE :**   OUI              NON
- HAUT              BAS
- **CONTINENCE :**           OUI              NON
- **INCONTINENCE :**       URINAIRE              OCCASIONNELLE
- FECALE              PERMANENT
- MIXTE
- **DOIT ETRE ACCOMPAGNE :**   OUI              NON
- **AIDE GESTUELLE :**       PARTIELLE              TOTALE              NON

- **PROTECTIONS ANATOMIQUES :**   OUI              NON

• **ORGANES SES SENS :**

- **VUE :**           NORMALE      PORT DE LUNETTE      LENTILLES
- DIMINUEE
- CECITE

- **OUIE :** NORMALE
- PROTHESE AUDITIVE : 1 OREILLE   
2 OREILLES
- DIMINUEE  OUI
- SURDITE  NON

- **LATERALITE :** DROITIER   
GAUCHER

• **ACTIVITES :**

AVANT	MAINTENANT
LECTURE	
BRICOLAGE	
JARDINAGE	
TRICOT	
COUTURE	
CUISINE	
MENAGE	
CARTES	
JEUX DE SOCIETE	
ACTUALITE T.V / JOURNAL	
AUTRES	
MUSIQUE	
CHANT	
CINEMA	
PEINTURE	
DANSE	
PROMENADES (préciser) :	
AUTRES :	

- **ATTACHEMENTS PARTICULIERS :**

- PERSONNES :

- ANIMAUX :

- OBJET :

- **EVENEMENTS PARTICULIERS :**

- DEUIL : Préciser

- DIVORCE : Préciser

- MALADIE : Préciser

- DEMENAGEMENT : Préciser

- **TROUBLES MAJEURS AYANT UNE REPERCUTION SUR LA VIE FAMILIALE ET RELATIONNELLE :**

- MEMOIRE :

- LANGAGE :

- COMPREHENSION :

- **ORIENTATION :**

- **ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE :**

- **AGITATION :** DIURNE   
NOCTURNE

- **TROUBLE DU SOMMEIL :** OUI   
NON

- **TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE :**

OUI   
NON

- **AGRESSIVITE :** OUI   
NON



- **HUMEUR :** STABLE  INSTABLE
  
- **DEAMBULATION :** OUI  NON
  
- **PROSTRATION :** OUI  NON
  
- **HALLUCINATIONS :** OUI  NON
  
- **IDEES DELIRANTES :** OUI  NON
  
- **TENDANCE A LA FUGUE :** OUI  NON
  
- **SOCIABILITE :** OUI  NON
  
  
- **AUTORISATION DE LA FAMILLE :**  
 AUTORISEZ-VOUS LE PERSONNEL A EMPLOYER LE PRENOM OU LE NOM  
 D'USAGE DE VOTRE PARENT POUR COMMUNIQUER AVEC LUI ?  
  
 OUI  NON

**AUTRE :**

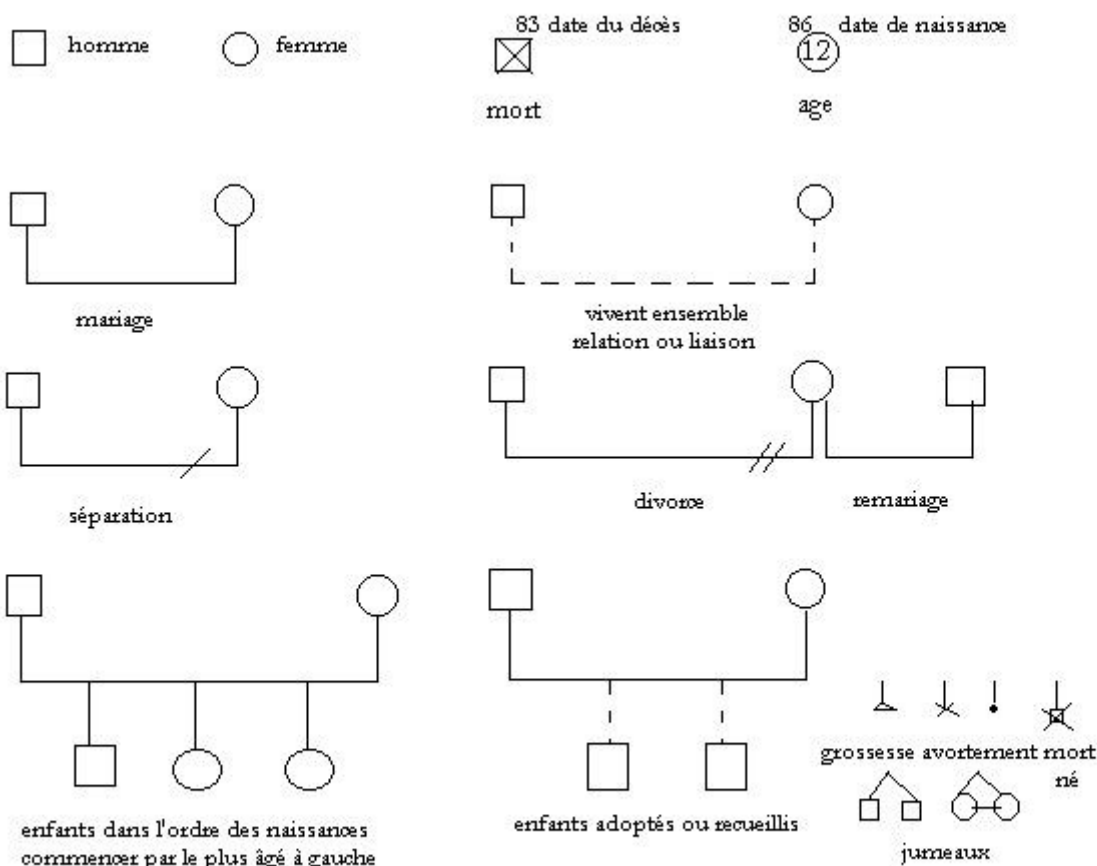
## Construction du génogramme

La construction du génogramme doit revêtir un caractère " clinique ", c'est-à-dire que chacun doit pouvoir exprimer ses sentiments dans la mesure de ce qu'il peut exprimer et avec les mots qui lui sont propres. Il ne s'agit en aucun cas de dresser un arbre généalogique exhaustif sur plusieurs générations, mais plutôt de susciter des réactions émotionnelles et un échange entre les différents membres de la famille à partir de ce qu'ils ont envie de livrer et en respectant les défenses inévitables qui sont réactivées dans ce cadre.

Il est d'usage de laisser l'initiative au porteur du symptôme (la personne âgée) de la manière de représenter la famille et de désigner qui va figurer sur le génogramme, avec sa propre façon de les désigner : nom, prénom, surnom, diminutif, événements, commentaires, âge, etc.

Cependant, un code commun doit être respecté afin de permettre la meilleure lisibilité possible de la complexité familiale.

La figuration des personnes et des lignes représentant leurs relations se fait par les symboles standardisés suivants:



## Le génogramme :

**TRAITEMENTS**

**DONNEES MEDICALES**

**A remplir par le Médecin Traitant.**

- LE PATIENT EST-IL ALLERGIQUE ? Détail :

- SOINS PARTICULIERS

NATURE	FREQUENCE

## ANTECEDENTS

### MEDICAUX

TYPE	DATE

### CHIRURGICAUX

INTERVENTION	DATE

### • ANTECEDENTS PARTICULIERS

TRAUMATISME CRANIEN DATE

DYSTHYROIDIE DATE

DEPRESSION DATE

- TRAITEMENT

- **HOSPITALISATION**

- **ANTECEDENTS FAMILIAUX DE MEME NATURE** (que la pathologie actuelle)

OUI                       NON

Préciser :

- **HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE**

- **DIAGNOSTIC** (préciser) :

- **DEBUT DES TROUBLES**

Date :

Début insidieux

Début brutal

- **EVOLUTION**

Pas de changements

Aggravation progressive

Aggravation brutale       Date :

Stagnation / Accélération

- **EXAMENS PRATIQUES**

- **Spécialiste ayant posé le diagnostic :**

Nom :

Hôpital :

- **Ce spécialiste suit-il le patient aujourd'hui ?**

OUI                       NON

- **Sinon, qui le prend en charge ?**

Médecin traitant :

Autres, préciser :

# EVALUATIONS



### GRILLE NATIONALE AGGIR

VARIABLES DISCRIMINANTES	A	B	C
COHERENCE: Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée			
ORIENTATION: Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
TOILETTE: HAUT			
Assurer son hygiène corporelle BAS			
HABILLAGE: HAUT			
S'habiller, se déshabiller, se présenter MOYEN			
ALIMENTATION: SE			
Se servir et manger les aliments préparés SERVIR			
ELIMINATION: URINAIRE			
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale FECALE			
TRANSFERTS:			
Se lever, se coucher, s'asseoir			
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR:			
Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR:			
A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
COMMUNICATION A DISTANCE:			
Utiliser les moyens de communication: téléphone, alarme, sonnette,,,			

VARIABLES ILLUSTRATIVES	A	B	C
GESTION:			
Gérer ses affaires son budget se servir de l'argent et faire des démarches			
CUISINE:			
Préparer les repas			
MENAGE:			
Effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
TRANSPORTS:			
Prendre et/ou commander un moyen de transport			
ACHATS:			
Faire des acquisitions directes ou par correspondance			
SUIVI DU TRAITEMENT:			
Se conformer à l'ordonnance de son médecin			
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE:			
Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe temps			

Date : .....

Nom et prénom du patient : .....

Nom du référent : ..... (conjoint – enfant – soignant - autre )

<b>Fréquence</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
1- Déambule								
2 - S'habille, se déshabille								
3 - Crache (y compris au cours des repas)								
4 –Jure, parle grossièrement								
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide								
6 – Répète des questions, des phrases								
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)								
8 - Donne des coups de pied								
9 - Cherche à saisir								
10 – Bouscule								
11 - Lance des objets								
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)								
13 - Pousse des hurlements								
14 - Mord								
15 - Griffes								
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)								
17 - Tombe volontairement								
18 – Se plaint								
19 - Est opposant								
20 – Mange/boit des produits non comestibles								
21 - Se blesse ou blesse les autres								
22 – Manipulation non conforme des objets								
23 - Cache les objets								
24 - Amasse les objets								
25 - Déchire les affaires								
26 - Attitude répétitives								
27- Fait des avances sexuelles verbales								
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques								
29 - Agitation généralisé								
<i>Sous score</i>								
<b>TOTAL</b>								

### Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

0 - non évaluable

1 - jamais

2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour

3 - une à deux fois par semaine

4 - quelquefois au cours de la semaine

5 - une à deux fois par jour

6 - plusieurs fois par jour

7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : [ousset.pj@chu-toulouse.fr](mailto:ousset.pj@chu-toulouse.fr)

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

## DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

### A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER

- ✓ Photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité pour les célibataires.
- ✓ Photocopie attestation de droits sécurité sociale à jour. *Se rendre à la borne de la sécurité sociale pour mettre la carte vitale à jour puis demander au guichet l'attestation correspondante.*
- ✓ Photocopie de la carte de mutuelle.
- ✓ Photocopie de la dernière notification APA à domicile.
- ✓ Photocopie du jugement de mise sous protection (tutelle, curatelle)
- ✓ Ordonnance justifiant le traitement en cours ainsi que les renouvellements.
- ✓ Attestation responsabilité civile individuelle vie privée en cours.

---

E. H. P. A. D. Saint Joseph\*  
Place Marcadiou - BP 20 - 64 800 NAY  
**Tél. : 05 59 61 06 79**  
Fax : 05 59 92 97 63  
Mail : [mdr.saint.joseph@orange.fr](mailto:mdr.saint.joseph@orange.fr)  
\* *Siège Social et Administratif*

Association adhérente à la



E. H. P. A. D. Jeanne Elisabeth-Saint André  
49, rue du Pic du Midi - 64 800 IGON  
**Tél. : 05 59 92 90 28**  
Fax : 05 59 61 12 86

E.H.P.A.D Sainte Marie  
35, avenue Péboué - 64 000 PAU  
**Tél. : 05 59 02 71 65**  
Fax : 05 59 02 68 18  
Mail : [maison-sainte-marie@orange.fr](mailto:maison-sainte-marie@orange.fr)