



ASSOCIATION SAINT-JOSEPH

Association Loi 1901 – Reconnue d'Intérêt Général

www.association-saint-joseph.fr

contact@association-saint-joseph.fr

Association adhérente à la



DOSSIER ACCUEIL DE JOUR MAISON DE RETRAITE St JOSEPH

11 2016 – indice 4

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) :

PERSONNES A PREVENIR :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse domicile :

Adresse mail :@.....

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

• **REGIME DE PROTECTION :**

TUTELLE Coordonnées
CURATELLE Coordonnées
SAUVEGARDE Coordonnées

• **CONDITION DE VIE :**

MAISON VIT EN FAMILLE AVEC :
APPARTEMENT VIT SEUL (E)
IDE
AIDE MENAGERE
CABINET INFIRMIER
KINE
ASSISTANTE SOCIALE 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 :

Date du décès :

Cause du décès :

Métier :

Domicile :

NOM DE LA MERE :

PRENOM :

Date du décès :

Cause du décès :

Métier :

Domicile :

NOMBRE DE FRERES ET SŒURS :

NOMS – PRENOMS : *dans l'ordre de naissance*

	VIVANTS	DECEDES
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **NOM DU CONJOINT :**

Date de Naissance :

Métier :

→ *Si décédé(e) date et cause du décès :*

• **PRENOM :**

• **ANNEE DE MARIAGE :**

• **NOMBRE D'ENFANTS :**

NOMS – PRENOMS : *dans l'ordre de naissance*

1. Nom : Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Adresse mail@.....

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

2. Nom : Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Adresse mail@.....

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

3. Nom : Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Adresse mail@.....

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

4. Nom : Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Adresse mail@.....

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

5. Nom : Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Adresse mail@.....

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

6. Nom : Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Adresse mail@.....

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

• **NOMBRE DE PETITS – ENFANTS :**

1. Nom :Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Enfant de :

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

2. Nom :Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Enfant de :

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

3. Nom :Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Enfant de :

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

4. Nom :Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Enfant de :

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

5. Nom :Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Enfant de :

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

6. Nom :Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Enfant de :

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

7. Nom : Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Enfant de :

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

8. Nom : Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Enfant de :

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

9. Nom : Prénom.....

Date de Naissance :

Métier :

Adresse :

Enfant de :

Téléphone portable

Téléphone fixe

Situation familiale

Nombre d'enfants :

Nom et prénom du/de la conjoint(e)

Métier

(feuille à photocopier si le nombre de petits enfants est supérieur à 9)

• **NOMBRE D'ARRIERE PETITS – ENFANTS :**

1. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

2. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

3. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

4. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

5. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

6. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

7. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

8. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

9. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

10. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

11. Nom :Prénom.....

Date de Naissance : enfant de :

(feuille à photocopier si le nombre de d'arrière petits enfants est supérieur à 11)

- **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

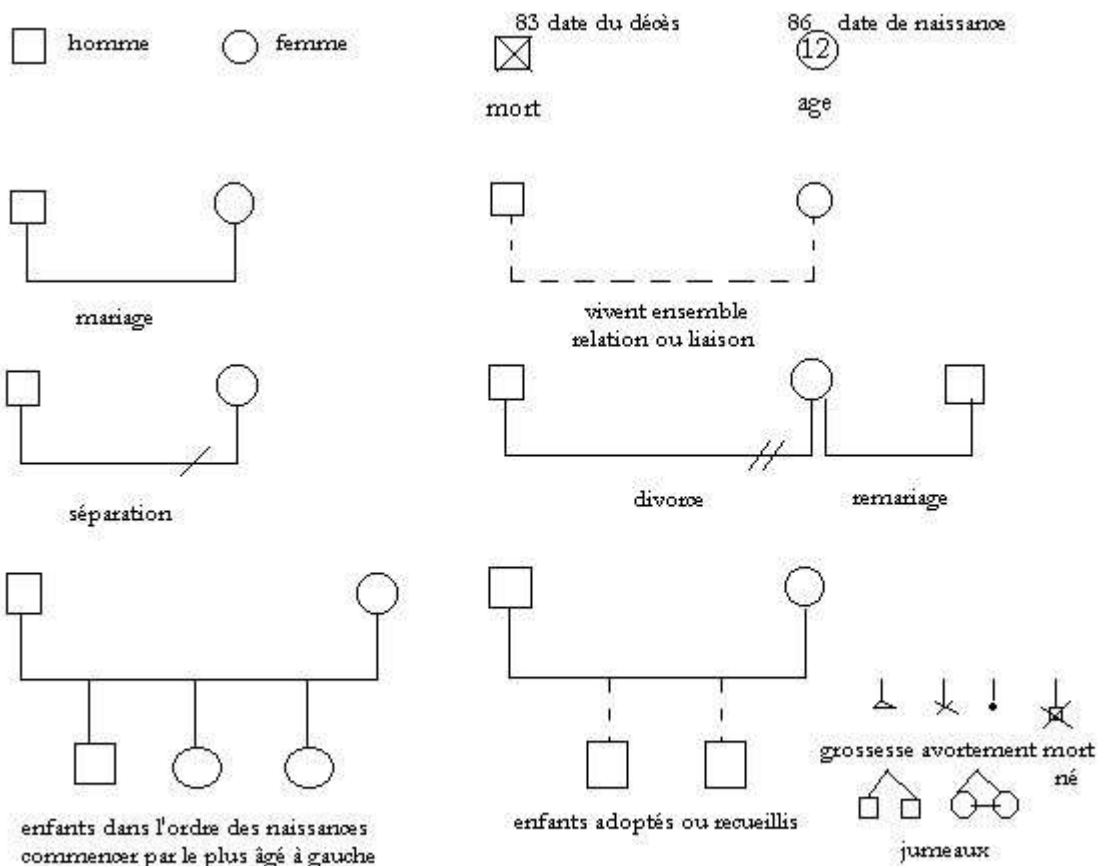
Construction du génogramme

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

- **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 ?**

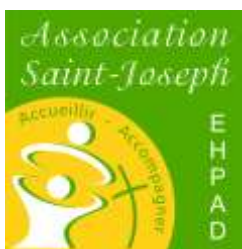
OUI NON

- **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: Assurer son hygiène corporelle	HAUT BAS		
HABILLAGE: S'habiller, se déshabiller, se présenter	HAUT MOYEN BAS		
ALIMENTATION: Se servir et manger les aliments préparés	SE SERVIR MANGER		
ELIMINATION: Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	URINAIRE FÉCALE		
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			
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			

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date :

Nom et prénom du patient :

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

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
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>								
TOTAL								

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

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 Marcadieu – BP 20 - 64 800 NAY
Tél. : 05 59 61 06 79
Fax : 05 59 92 97 63
Mail : mdr.saint.joseph@orange.fr
* *Siège Social et Administratif*

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

[Association adhérente à la](#)

