



ASSOCIATION SAINT-JOSEPH

Association Loi 1901 – Reconnue d'Intérêt Général

www.association-saint-joseph.fr
contact@association-saint-joseph.fr

Association adhérente à la



DATE : 09 2014

DOSSIER ACCUEIL TEMPORAIRE

Nom du résident : _____

Prénom : _____


Domicile : _____

Age : _____




PHOTO

Médecin traitant : _____

 : _____

Référent familial : _____

 : _____

Autres référents médicaux : _____

 : _____

: _____

 : _____

RECUEIL DE DONNEES

DATE ENTREE :

DATE SORTIE :

MOTIF :

DEVENIR :

NOM :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU :

AGE :

DEPARTEMENT :
NIVEAU SCOLAIRE :

PROFESSION :

NATIONALITE :

ADRESSE PERSONNELLE (si la personne vit seule) :

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

PERSONNES A PREVENIR / NUMEROS DE TELEPHONE

• **REGIME DE PROTECTION :**

TUTELLE Coordonnées

CURATELLE Coordonnées

SAUVEGARDE Coordonnées

• **CONDITION DE VIE :**

MAISON

APPARTEMENT

VIT EN FAMILLE AVEC :

VIT SEUL (E)

IDE

AIDE MENAGERE

CABINET INFIRMIER

KINE

ASSISTANTE SOCIALE Coordonnées

• **SITUATION FAMILIALE :**

CELIBATAIRE :

MARIE (E)

VEUF (VE)

CONCUBINAGE :

DIVORCE(E)

SEPARE (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

- GOUTS ALIMENTAIRES :

ALIMENTS PREFERES :

ALIMENTS NON APPRECIES :

- INTOLERANCES ALIMENTAIRES :

- PROTHESE DENTAIRE : OUI NON
HAUT BAS
- CONTINENCE : OUI NON
- INCONTINENCE : URINAIRE OCCASIONNELLE
FCALE PERMANENT
MIXTE
- DOIT ETRE ACCOMPAGNE : OUI NON
- AIDE GESTUELLE : PARTIELLE TOTALE NON
- COUCHES-CHANGES : OUI NON
- ORGANES DES 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 :

TRAITEMENTS

DONNEES MEDICALES

NOM :

DATE :

PRENOM :

SIGNATURE ET CACHET
DU MEDECIN :

DATE DE NAISSANCE :

THERAPEUTIQUE

PATHOLOGIE	DATE	TRAITEMENT	POSOLOGIE	HEURES DE PRISES

- **LE PATIENT EST-IL ALLERGIQUE ?** Détail :

- **SOINS PARTICULIERS**

NATURE	FREQUENCE

EVALUATIONS

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE

Date :

Concernant :

Prise en charge depuis le :

Fréquence :

Groupe :

A : Autonomie totale
absence de trouble

B : Autonomie partielle
trouble partiel

C : Dépendance totale
trouble sévère

CRITERES D'EVALUATION	CRITERES D'AUTONOMIE			OBSERVATIONS
	A	B	C	
CAPACITE COGNITIVE				
Mémoire immédiate				
Mémoire récente				
Mémoire ancienne				
Compréhension				
Jugement, raisonnement				
Orientation temporelle				
Orientation spatiale				
Attention concentration				
Elocution				
Praxies				
Gnosies				
COMPORTEMENT				
Déambulation				
Agitation				
Agressivité verbale				
Agressivité gestuelle				
Opposition				
Passivité				
Repli – prostration				
CONTENU EMOTIONNEL				
Anxiété				
Peur				
Tristesse				
Pleurs				
Euphorie				
Bien-être				
Gaieté				

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.

Regroupement des EHPAD

Maison Saint Joseph
Siège Social et Administratif
Place Marcadieu – BP 20
64 800 NAY
Tél. : 05 59 61 06 79
Fax : 05 59 92 97 63

Maison 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

Maison Sainte Marie
35, avenue Péboué
64 000 PAU
Tél. : 05 59 02 71 65
Fax : 05 59 02 68 18

Maison Welcome
21, Bld Alsace Lorraine
64 000 PAU
Tél. : 05 59 90 03 53
Fax : 05 59 30 07 50