

ADMAR PONT-SALOMON – SAINT-FERREOL D'AUROURE
Hébergement Temporaire « Escale Noémie »
4, rue de la Mairie
43330 PONT-SALOMON

A l'attention du demandeur :

Dans un souci d'améliorer la qualité de la prise en charge de la personne âgée ou d'en raccourcir les délais, nous vous remercions d'indiquer toute information complémentaire ne figurant pas dans le présent dossier.

Didier CHOUVET
Responsable Hébergement Temporaire

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Situation de famille :

- Célibataire
- Marié(é) ou concubinage
- Divorcé(e)
- Veuf / veuve

Nombres d'enfants :

Adresse actuelle :

CP : Ville :

Personne(s) à contacter pour ce dossier :

Nom : Prénom(s) :

Adresse :

CP : Ville :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

Tél. fixe : Tél. portable :

Adresse email :

Dossier à renvoyer à : ADMR PONT-SALOMON – SAINT FERREOL
HÉBERGEMENT TEMPORAIRE « ESCALE NOEMIE »
4, rue de la Mairie – 43330 PONT-SALOMON
Tél. : 04 77 35 59 79 – Fax : 04 77 35 54 35
Mail : info.pontsalomon@fede43.admr.org

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Médecin traitant :

Médecin(s) spécialiste(s) :

La personne se trouve actuellement :

- A domicile
- A l'hôpital ou dans un autre établissement (préciser) :
- Seul(e)
- Avec conjoint

La personne est-elle informée de la demande :

- Oui
- Non

La personne est-elle favorable à son admission :

- Oui
- Non

Date d'entrée souhaitée :

Durée de séjour envisagée :

Modalités d'hébergement :

- chambre particulière
- chambre double

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- seule
- avec l'aide d'un tiers

La personne bénéficie-t-elle de l'allocation personnalisée à l'autonomie domicile (APA) ?

- Oui
- Non
- En cours

Observations du demandeur et/ou de la famille :

Date de la demande :

DOSSIER MEDICAL

A l'attention du médecin :

Docteur,

dans l'intérêt du suivi de votre patient, et pour permettre à notre équipe d'effectuer une étude du dossier dans les meilleurs délais, je vous demande de bien vouloir compléter la demande ci-après, et d'y joindre tout document complémentaire que vous jugeriez utile.

Il est rappelé que notre équipe est astreinte au secret médical (article 226.13 du Code Pénal). Elle reste à votre disposition pour vous informer de la suite réservée à cette demande.

En vous remerciant par avance de votre obligeance,

Didier CHOUVET
Responsable Hébergement Temporaire

Nom :

Prénom :

MOTIF MEDICAL ET/OU SOCIAL D'ENTREE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE

**ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, ALLERGIQUES & HABITUDES
TOXIQUES**

PATHOLOGIES ACTUELLES / MALADIES EVOLUTIVES

TRAITEMENT EN COURS ET REGIMES EVENTUELS

(ou joindre les ordonnances)

EXAMEN CLINIQUE

NUTRITION : Poids : Stomie : Troubles de la déglutition :

DEFICIT SENSORIEL : Visuel : Auditif :

CONTINENCE : Incontinence urinaire :

Incontinence fécale :

Sonde à demeure :

ETAT CUTANE : Escarre : Autres :

FONCTIONS SUPERIEURS :

Bilan neurologique effectué par : Date :

Résultats :

Bilan neuro-psychologique effectué par : Date :

MMS : Horloge : Fluence : Test 5 mots :

TROUBLES EVENTUELS DU COMPORTEMENT :

Agitation : Agressivité : Dépression : Déambulation :

Fugue : Troubles du sommeil : Angoisse/Anxiété :

ALLERGIES :

AUTRES :

Dossier établi par :

Nom, Prénom :

Fonction :

Tél. :

A :

le :

GRILLE NATIONALE AGGIR

Nom :

Prénom :

DEGRE D'AUTONOMIE ET BESOIN D'ASSISTANCE

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne ; on ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants ; en revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives).

A : Fait seul(e) et totalement et habituellement et correctement.

B : Fait seul(e) non spontanément et/ou non totalement et/ou non habituellement et/ou non correctement.

C : Ne fait pas seul(e) ou l'activité est réalisée en partie par la personne mais tout doit être refait à chaque fois.

		A	B	C	Motivation de la réponse
1	COHERENCE :	Conserver et/ou se comporter de façon sensée.			
2	ORIENTATION :	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.			
3	TOILETTE :	Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage.			
		Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes.			
4	HABILLAGE :	Haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête.			
		Moyen : fermetures des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceintures, bretelles, pressions.			
		Bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures.			
5	ALIMENTATION :	Se servir,			
		manger les aliments préparés.			
6	ELIMINATION :	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire.			
		Assurer l'hygiène de l'élimination fécale.			
7	TRANSFERTS :	Se lever, se coucher, s'asseoir.			
8	DEPLACEMENT A L'INTERIEUR :	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.			
9	DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR :	A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport.			
10	COMMUNICATION A DISTANCE :	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme.			