

DOSSIER ADMISSION
Autonomie et habitudes de vie

NOM Prénom :

Dossier complété par :

NOM Prénom :

Lien :

Téléphone :

Mail :

REPAS HYDRATATION

INSTALLATION A TABLE :

- Fauteuil :
- Corset siège et châssis :
- Chaise :

DEGLUTITION :

- Spontanée
- A la stimulation
- Fausse route aux liquides
- Fausse route aux solides

TEXTURE :

- Normal
- Haché
- Mixé

REGIME :

- Normal
- Hypocalorique
- Hypoprotidique
- Riche en fibres
- Sans sel

Autres :

Durée moyenne du repas :

HYDRATATION :

- Eau normale
- Eau épaissie
- Eau Hépar
- Autre

Quantité :

- Verre adapté
- Paille

PREFERENCES ALIMENTAIRES :

Indiquer les préférences, sans oublier les habitudes de petit déjeuner :

Indiquer ce qui ne plaît pas :

AIDE AUX REPAS :

- Mange seul avec couverts normaux ou adaptés :
- Toucher-guidé :
- Nécessite une surveillance ou une stimulation :
- Aide partielle (pour se servir, couper les aliments...) :
- Aide totale :

SOINS CORPORELS

TOILETTE :

- Douche assise avec siège douche
- Seul
- Aide partielle
- Aide totale

Douche couchée sur lit douche

Bain

Fréquence :

Rapport à l'eau :

**Information : L'activité balnéothérapie sera proposée aux futurs résidents.*

SHAMPOOING :

Fréquence :

Consignes particulières :

BROSSAGE DES DENTS

Electrique

Seul

Manuel

Avec Aide

Prothèse dentaire : Haut Bas

Consignes particulières :

SOINS DES ONGLES

IMAGE

Coiffure, style, fréquence de coupes de cheveux :

Epilation

Maquillage

HABILLAGE

Seul

Aide totale

Aide partielle

DESHABILLAGE

Seul

Aide totale

Aide partielle

PREVENTION ESCARRE

DEPLACEMENT LOCOMOTION

DÉPLACEMENTS :

Seul Fauteuil manuel sur les longues distances

Déambulateur

Canne

En fauteuil manuel Le propulse tout seul Besoin d'aide

En fauteuil électrique

INSTALLATION ASSISE EN FAUTEUIL

Coquille

Corset

Siège moulé

Coussin anti-escarres

Protection contre les chocs, chutes

INSTALLATION AU WC :

Seul

Chaise adaptée

Avec aide

Barre d'appui

PROTOCOLE D'INSTALLATION

Changement de coquille

Horaires :

TRANSFERTS :

Seul

Aide totale

Aide partielle

Lève personne

SOMMEIL REPOS

HEURE HABITUELLE :

Du coucher :

Du réveil :

SIESTE :

POSITION D'ENDORMISSEMENT :

Sur le dos

Sur le ventre

Sur le côté droit

Sur le côté gauche

PORT D'ORTHESES DE NUIT :

Préciser :

LIT :

Normal

Pied de lit surélevé

Barrières de sécurité

Lit à hauteur variable

Dispositif spécial :

Autre :

MATELAS ANTI-ESCARRE :

POTENCE

RETOURNEMENT par une tierce personne

Préciser :

rites et habitudes liés au sommeil :

LA DOULEUR

Énoncer la douleur : Oui Non Ne sait pas

Si non, quels sont les signes déjà repérés qui peuvent faire penser que la personne souffre :

RELATION COMMUNICATION

COMMUNICATION :

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Communication verbale | <input type="checkbox"/> | Gestes | <input type="checkbox"/> |
| Phrases simples | <input type="checkbox"/> | Mimiques | <input type="checkbox"/> |
| Réponse fiable par OUI | <input type="checkbox"/> | Codes pictogrammes | <input type="checkbox"/> |
| Réponse fiable par NON | <input type="checkbox"/> | Synthèse vocale | <input type="checkbox"/> |
| Communication non verbale | <input type="checkbox"/> | Ordinateur | <input type="checkbox"/> |

Autres informations :

COMPREHENSION :

| | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Difficultés | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Compréhension de phrases simples | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

La personne peut-elle actionner une sonnette ou alerter en cas de problème :

Oui Non

COMPORTEMENT

| | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Harmonieux | <input type="checkbox"/> | Participatif | <input type="checkbox"/> |
| Anxiété | <input type="checkbox"/> | Dépressif | <input type="checkbox"/> |
| Repli sur soi | <input type="checkbox"/> | Agité | <input type="checkbox"/> |
| Stéréotypies | <input type="checkbox"/> | Participatif | <input type="checkbox"/> |
| Fugue | <input type="checkbox"/> | Fatigable | <input type="checkbox"/> |
| Irritable | <input type="checkbox"/> | Besoin d'être stimulé | <input type="checkbox"/> |

Autres :

La personne peut-elle se mettre en position de danger, étouffement, traumatisme, chute :

Oui

Non

PARCOURS SCOLAIRES APPRENTISSAGES

APPRENTISSAGES ACQUIS :

Lecture

Ecriture

Comptage

Utilisation de l'ordinateur

AUTRES COMPETENCES :

DIPLOMES OBTENUS :

ACTIVITÉS / CENTRES D'INTERET

ACTIVITÉS PRÉFÉRÉES :

Musique

Lecture

Cinéma

Sport

Sorties

Piscine

Balnéothérapie

Animaux

Nature

Bricolage

Jardin

Peinture

Magasins