



## RENSEIGNEMENT PATIENT

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>DATE</b>  |   |   |  |
| <b>ORIGINE DE L'APPEL</b>                          |   |   |  |
| <b>NOM / Prénom</b>                                |   |   |  |
| <b>ADRESSE</b>                                     |   |   |  |
|  |   |   |  |
| <b>TELEPHONE</b>                                   |   | <b>DATE DE NAISSANCE</b>                      |  |
| Caisse assurance maladie                           | Mutuelle                                | Caisse de retraite                            |  |
| <b>MEDECIN</b>                                     |   | <b>INFIRMIERE</b>                             |  |
| <b>CONDITIONS DE VIE</b>                           |   |   |  |
| Vit seul(e) <input type="checkbox"/>               | Vit en famille <input type="checkbox"/> | Vit en couple <input type="checkbox"/>        | Famille d'accueil <input type="checkbox"/> |
| Entourage familiale ou voisinage existant          |   | OUI <input type="checkbox"/>                  | NON <input type="checkbox"/>               |
| Aidant principal                                   |   |   |  |
| Plateau repas <input type="checkbox"/>             | Télé Alarme <input type="checkbox"/>    | Matériel médical <input type="checkbox"/>     |  |
| Plan social (APA, Caisse de retraite, ARDH....)    |   |   |  |
| Aide à domicile                                    |   |   |  |
| <b>DEMANDE FORMULEE</b>                            |   |   |  |
|  |   |   |  |
| Nombre de passage demandé :                        |   |   |  |
| Nombre de passage proposé :                        |   |   |  |
| <b>CIRCONSTANCE DE LA PRISE EN CHARGE</b>          |   |   |  |
| Sortie d'hospitalisation <input type="checkbox"/>  |   |   |  |
| Aggravation dépendance <input type="checkbox"/>    |   |   |  |
| Chute <input type="checkbox"/>                     |   |   |  |
| Aide à l'entourage <input type="checkbox"/>        |   |   |  |
| Accompagnement fin de vie <input type="checkbox"/> |   |   |  |
| Relais d'un service <input type="checkbox"/>       |   |   |  |
| <b>PATHOLOGIE</b>                                  |   |   |  |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |
|  |   |   |  |
| <b>DOCUMENT REMIS</b>                              |   | Avis d'admission <input type="checkbox"/>     |  |
|  |   | Guide gérontologique <input type="checkbox"/> |  |
|  |   | Livret d'accueil <input type="checkbox"/>     |  |
| <b>DECISION</b>                                    |   |   |  |





## **EVALUATION**

**GIR =**

Communication / Comportement

Soins d'hygiène : (avec aide ou non)

Elimination : (incontinence urinaire et / ou fécale)

Mobilité : (se déplace seul ou avec aide (matériel), assure ses transferts seul ou avec aide)

Alimentation : (mange seul, aide pour préparation des repas)

Soins particuliers : (du rôle de l'infirmière)

Traitement :

## **COMMENTAIRES**