

ANALYSE DE LA DEMANDE

I. ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom et Prénom : Nom marital :

Date de naissance :/...../..... Age : ans Lieu de naissance :

Sexe : Nationalité :

Tél. :/...../...../...../..... E-mail :@.....

Adresse actuelle :
.....

N°SS : Caisse :

Mutuelle : Type de prise en charge : (ALD, CMU, INV....) :

II. SITUATION FAMILIALE

Situation familiale : Marié(e) Veuf(ve) Date du décès:depuis :ans,

Divorcé(e) Célibataire

Nombres d'enfants :

Personne de confiance (nom/prénom/ lien de parenté) :

.....

Coordonnées du réfèrent (tél. Fixe, portable, adresse, adresse mail) :

.....

.....

Contact à connaître :

Nom/Prénom	Adresse et téléphone	Profession	Mail
	Tèl . :/...../...../...../...../		
	Tèl . :/...../...../...../...../		
	Tèl . :/...../...../...../...../		
	Tèl . :/...../...../...../...../		

III. MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

Non

Oui en cours à la date du :/...../.....

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Qui (nom, prénom) : Téléphone :/...../...../...../...../

Adresse :

E-mail :@.....

IV. SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE A LA DATE DE LA DEMANDE :

Cadre de vie à domicile :

Maison

Ville

Propriétaire

Appartement

Campagne

Locataire

Vous viviez chez vous, chez vos enfants ? autre?

.....

Vous aviez une aide-ménagère ou médicale ? Oui Préciser :

Non

APA à domicile : Oui Non

APL à domicile : Oui Non

Autre aide financière mise en place à domicile (PCH, pension invalidité....) :

GIR estimée:

Adresse de votre conjoint :

Quelles profession(s) exercez-vous ?

Médecin traitant (Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Mail):

.....
.....

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

Contexte de la demande d'admission :

.....

.....

.....

Qui est à l'origine de la demande ?

.....

.....

HABITUDES DE VIE/RECUEIL D'INFORMATIONS AVANT VOTRE ARRIVEE

Communication, cohérence et comportement :

	Oui	Non	Précisions (si nécessaire)
S'exprime oralement			
Expression spontanée			
Difficulté d'expression			
Compréhension de ce qui est dit			
Communication non verbale			<i>(Ecriture, Signes, toucher, regard, mimiques, images, pleurs, sourires, agitation.)</i>

Altération de la perception sensorielle :

	Oui	Non	Précisions (si nécessaire)
Auditive (appareillages...etc ?)			
Visuelle (Lunette.... ?)			
Gustative			
Tactile			
Maitrise de l'écriture			
Maitrise de la lecture			

Troubles mnésiques et repérage spatio-temporel :

	Oui	Non	Préciser (si nécessaire)
Troubles de la mémoire			
Repérage dans le temps			

Repérage dans l'espace			
Cohérence			
Troubles du comportement			<i>Manifestation physique ou verbale...</i>
Confusion			
Agressivité / irritabilité			
Déambulation			
Hallucinations ou délires			

Votre rythme de vie :

(A positionner sur l'échelle) : lever, toilette, petit déjeuner, déjeuner, dîner, sieste, TV, WC, promenade, coucher...

Matin :

6h _____ 7h _____ 8h _____ 9H _____ 10H _____ 11H _____ 12H _____ 13H _____ 14h

Après-midi :

14h _____ 15H _____ 16H _____ 17H _____ 18H _____ 19H _____ 20H _____ 21h

Nuit :

Alimentation :

Fausse route aux liquides

Fausse route aux solides

Bon appétit

Petit appétit

Mets préférés :

.....

Mets non appréciés :

.....

Régime : Oui, précisez :

Texture : Normale

Semi-liquide

Mouliné

Mixé

Sonde gastrique

Boit : Seul(e)

Aide partielle

Aide totale

Eau gélifiée

Eau gazéifiée

Aime boire : Café

Thé

Chocolat

Jus de fruit

Eau

Vin

Autre :

Gère son traitement seul(e)

Oui

Non

Elimination :

Exprime ses besoins : Continence urinaire

Sujet à la rétention d'urine

Continence fécale

Sujet aux diarrhées

Sujet à la constipation

Utilise des toilettes → Seul(e)

Aide partielle

Aide totale

Urinal

Chaise percée

Pénilex /SAD

Poche de colostomie

Protections diurne Type:..... Taille:.....

Protections nocturne Type:..... Taille:.....

Autre:

Sommeil :

Se couche vers :h.....

Se lève vers :h.....

Seul(e)

Avec aide

Réveil nocturne

Sieste

Insomnie

Somnolence

- Apnée du sommeil Déambulation nocturne Musique Porte Entrouverte
 Volets Entrouverts Volets fermés Lecture Veilleuse TV
 Tisane Porte fermée

Douleur :

Exprime une douleur physique : Oui Non

Localisation :

Exprime une douleur morale : Oui Non

Liée à :

Autre :

Agir selon ces croyances :

Pratiquant : Oui Non

Culte : Catholique Musulman Israélite Autre :

Vie sociale, loisir et plaisir :

Présence familiale et/ou entourage : Oui Non

Vous reconnaissez :

Les visiteurs : Oui Non

Les soignants : Oui Non

Souhaite avoir ses fêtes et anniversaires souhaites : Oui Non

Désire aller vers les autres résidents : Oui Non Accompagné(e)

Désire d'aller à l'extérieur : Oui Non

Sorties possibles : Seul(e) Accompagnée

Les petits plaisirs : Tabac Chocolat Alcool (fréquence) :

Autre :

Aime être entouré(e) : Oui Non Aime la solitude : Oui Non

Désire participer aux activités : Oui Non

Loisirs avant l'entrée en institution :

.....

Activités souhaitées : (artistiques, sportives, centre d'intérêt, vie quotidienne, jeux, conversation, musique, chant, lecture, décoration du service, fêtes, sorties....) abonnement de journaux ?

.....

Gestion du courrier : Vous Réfèrent familial
 Tuteur Autre :

Gestion du linge : Structure Autre :

Gestion du matériel d'incontinence : Structure Vous

Gestion des produits d'hygiène: Structure Vous

Pour conclure : Cocher la case correspondante :

EVALUATION DES BESOINS EN MATERIEL	
Lit médicalisé	
Fauteuil roulant	
Matelas à air	
Matériel d'incontinence	
Tablette pour les repas	
Télévision	
Téléphone	
Bip appel	
Sécurité fugues	
Bac à linge	
Autre	

SERVICES AGREES A METTRE EN OEUVRE	
Entretien de la maison et travaux ménagers	
Prestation de petit bricolage	
Collecte et livraison du linge	
Assistance aux personnes âgées ou handicapées*	
Garde malade le jour	
Garde malade la nuit	
Aide à la mobilité	
Livraison de repas à domicile	
Livraison de courses	
Accompagnement dans les déplacements hors du domicile	
Assistance informatique	
Maintenance, entretien et vigilance temporaire à domicile de la RP	
Assistance administrative	
Activités qui concourent directement à la fourniture des services agréés	

DETAIL DES SERVICES D'ASSISTANCE	
Se lever, se coucher	
S'habiller	
Manger	
Faire sa toilette	
Aller aux WC	
Se déplacer	
S'orienter	

Projet rédigé le :/...../..... Date de prise en charge prévue le :/...../.....

Date de transmission à la coordinatrice le :/...../.....

Visa Directrice Qualité :