

Confidentiel

3. Motif(s) de la demande

4. Entourage

Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :
Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :
Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :
Service social :	
ou autre :	
Clef déposée chez :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Lien :
Tél. privé :	Tél. prof. :

5. Conditions de vie (cocher ce qui convient)

Entourage :	Logement :
vit seul(e)	appartement
avec conjoint	villa
avec enfant(s)	immeuble avec encadrement
	établissement long séjour
autre (préciser) :	autre (préciser) :
autre(s) remarque(s) :	autre(s) remarque(s) :

Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc) :

Activités, loisirs :

6. Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)

Activité :	seul	avec aide	dépendant	Activité :	seul	avec aide	dépendant
boire				voir			
manger				entendre			
faire sa toilette				parler			
s'habiller				uriner			
prendre un bain				aller à selle			
prendre une douche				se déplacer à l'extérieur			
s'asseoir/se lever				faire les courses			
marcher				préparer les repas			
monter les escaliers				faire la lessive			
se coucher/se lever				faire le ménage			
déplacement à l'aide de (préciser) :				faire le lit			
.....							
Soins spécifiques :		oui	non	Moyens auxiliaires :		oui	non
soins d'escarres				prothèse dentaire supérieure			
pansements				prothèse dentaire inférieure			
sonde à demeure				lunettes			
urostomie				appareil(s) acoustique(s)			
colostomie				autre (préciser) :			
lavage de vessie							
autre (préciser) :							
.....				Incontinence :		oui	non
Rythme veille/sommeil :		oui	non	urine			
normal				selles			
perturbé							
avec médicament(s)				Respiration :		oui	non
Etat psychique :		oui	non	sans problème			
sans problème				souffle court			
orientation dans le temps				expectorations			
orientation dans l'espace							
reconnaissance des personnes				Comportement :		oui	non
Tendance aux chutes		oui	non	calme			
Risque de fugue		oui	non	agité			
Régime alimentaire (préciser) :				anxieux			
				agressif			
				état dépressif			
				déambulation			
				agressivité verbale			
				agressivité gestuelle			
				troubles mnésiques			

Résumé de séjour, projets de soins, protocole de prise en charge :

MRSA (cocher ce qui convient) : oui non

7. Suivi médical

VAL FLEURI RESPECTE LE LIBRE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

Le résidant est libre de garder son médecin traitant pour autant que ce dernier assure ses visites dans notre établissement. Afin de pouvoir garantir le libre choix du médecin traitant et d'assurer votre suivi médical dans le respect de votre volonté, veuillez répondre aux questions suivantes :

Avez-vous un médecin traitant ?

Oui Non

Si OUI,

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Souhaitez vous qu'il continue à vous suivre à Val Fleuri ? Oui Non

Si oui, votre médecin **se déplace-t-il** à Val Fleuri Oui Non

Si non, pour quels motifs

Dans le cas où votre médecin traitant ne se déplacerait pas à Val Fleuri, ou que vous souhaitiez en changer, veuillez nous indiquer le nom du médecin traitant de votre choix.

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Date :

Signature du client
ou de son représentant thérapeutique :

8. Mesures d'encadrement à domicile

Remarques :

Date

Etabli par (en majuscule svp) :