



**DOSSIER DE
 DEMANDE D'ADMISSION**

NOM Age :

Prénom

Age :

1. FICHE SOCIALE

Demande effectuée par : M.

Tél. **Fax.**

(Structure).....

ETAT CIVIL

Date de naissance

Situation familiale

Nationalité **Situation sur le territoire**.....

SITUATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE

Référent social : **Organisme :**

Nous vous informons que le référent social identifié ci-dessus devra poursuivre son accompagnement tout au long du séjour du patient-résident à Archipel Santé.

Couverture sociale : N° SS :

SS debase ☞ SS+Mutuelle ☞ ALD ☞ CMU ☞ CMUC ☞ AME ☞

Aucun droit ☞ En cours ☞

Ressources : Non ☞

Salarié ☞ ARE ☞ RSA ☞ AAH ☞ Invalidité ☞ I.J : ☞ Autre ☞.....

Profession :

Type d'hébergement d'origine:

Autonome ☞ SDF ☞ Institutionnel/Associatif ☞ Amical ☞ Familial ☞ Autre ☞.....

Démarches sociales en cours (logement, devenir social envisagé) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DOSSIER DEMANDE
ADMISSION LHSS CORDIA**

NOM

Prénom

Age:

4. FICHE MEDICALE ET PARAMEDICALE (confidentielle)

Médecin traitant : OUI NON

Coordonnées ou tampon :

Demande effectuée par : Dr IDE

Coordonnées ou tampon :

(Structure ou service).....

Motifs de la demande :

.....

.....

.....

Histoire de la maladie :.....

.....

.....

Antécédents médicaux / psychiatriques :.....

.....

.....

.....

.....

Problème d'addiction :.....

.....

.....

Projet médical :.....

.....

.....

**DOSSIER DEMANDE
ADMISSION LHSS CORDIA**

NOM

Prénom

Age:

FICHE AUTONOMIE :

1. COHERENCE (converser et/ou se comporter de façon sensée, adaptée)	<input type="checkbox"/> Normale	A	7. ELIMINATION	<input type="checkbox"/> Continence urinaire et fécale	A
	<input type="checkbox"/> Partiellement perturbée	B		<input type="checkbox"/> Incontinence occasionnelle (J/N)	B
	<input type="checkbox"/> Totalement perturbée	C		<input type="checkbox"/> Incontinence Totale	C
	<input type="checkbox"/> Démence diagnostiquée				
2. ORIENTATION DANS LE TEMPS ET L'ESPACE	<input type="checkbox"/> Normale	A	8. LOCOMOTION	<input type="checkbox"/> Adaptée	
	<input type="checkbox"/> Orienté avec aide	B		<input type="checkbox"/> Déambulation Inadaptée	
	<input type="checkbox"/> Désorientation épisodique	B		<input type="checkbox"/> Chutes Fréquentes	
	<input type="checkbox"/> Désorientation totale	C			
3. HUMEUR, COMPORTEMENT	<input type="checkbox"/> Normale		9. TRANSFERT (lits/fauteuil)	<input type="checkbox"/> Fait seul	A
	<input type="checkbox"/> Apathie, dépression			<input type="checkbox"/> Avec aide	B
	<input type="checkbox"/> Agitation, agressivité			<input type="checkbox"/> Ne fait pas	C
	<input type="checkbox"/> Cris		10. DEPLACEMENT A L'INTERIEUR	<input type="checkbox"/> Fait seul	A
	<input type="checkbox"/> Fugue			<input type="checkbox"/> Avec aide d'une personne	B
	<input type="checkbox"/> Commentaires			<input type="checkbox"/> Avec canne ou déambulateur	
4. TOILETTE, HYGIENE	<input type="checkbox"/> Seul (haut et/ou bas)	A	<input type="checkbox"/> En fauteuil roulant		
	<input type="checkbox"/> Aidé (haut et/ou bas)	B	<input type="checkbox"/> Ne fait pas ou grabataire	C	
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas	C			
5. HABILLAGE	<input type="checkbox"/> Seul (haut, bas, ceintures...)	A	11. DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR (de la porte d'entrée sans moyen de transport, à pieds)	<input type="checkbox"/> Fait seul	A
	<input type="checkbox"/> Aidé (.....lacets, boutons)	B		<input type="checkbox"/> Avec aide	B
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas	C		<input type="checkbox"/> Ne fait pas	C
6. ALIMENTATION, HYDRATATION	<input type="checkbox"/> Seul	A	12. COMMUNICATION A DISTANCE (téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/> Fait seul	A
	<input type="checkbox"/> Aidé	B		<input type="checkbox"/> Avec Aide	B
	<input type="checkbox"/> Ne fait pas	C		<input type="checkbox"/> Ne fait pas	C
	<input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition		13. DOULEUR	Physique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		(localisation) - -			
		(anxiété, pleurs, dépression)	Morale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SOINS INFIRMIERS / KINE... EN COURS

SOINS (type, localisation,...)	Nb de fois par jour	DUREE DU TTT (jours/sem/mois)