 <b>Maison de Jouvence</b>	Enregistrement qualité	<b>EN/SEJ/009</b>	V 02
	Demande d'admission	Date d'application : 10 septembre 2009	P 1/4



# La Maison de Jouvence

## SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

21380 MESSIGNY-ET-VANTOUX

TEL : 03.80.40.31.31 -FAX : 03.80.40.31.21

### **FICHE D'ADMISSION**

Nom du patient <i>(étiquette)</i>
--------------------------------------

Nom du médecin traitant : .....

#### **Provenance :**

-Hospitalisation : Non  Oui  Nom de l'établissement : .....

Service de.....N° Tel du service : .....

Nom du médecin référent du patient : .....

-Domicile : Non  Oui

#### **Contre indications formelles à la convalescence**

**Les grabataires autre que les dépendants intermédiaires ou thérapeutiques**

**Les affections mentales non stabilisées**

**Les affections contagieuses.**

#### **Le patient présente -t-il un trouble du comportement**

Non  Oui  Lesquels : .....

#### **Condition de vie antérieure à l'hospitalisation**

La personne vivait :


En institution  Non  Oui  si oui, où : .....

A domicile  avec tiers  Seul  avec soins à domicile

avec aide ménagère  avec aide au repas  avec télé alarme

**Joindre le bilan initial pour les personnes provenant du domicile.**



 <b>Maison de Jouvence</b>	Enregistrement qualité	<b>EN/SEJ/009</b>	V 02
	Demande d'admission	Date d'application : 10 septembre 2009	P 3/4

### Prise en charge kinésithérapeute

Non  Oui  si oui De quel type : .....

### Objectif de sortie

Retour :  à domicile  en Institution  demande en cours  aucune demande faite  
 ré hospitalisation (chimio, radiothérapie) préciser l'établissement et le service d'accueil et date(s).....

### Autonomie

N°	Variables Discriminantes (activité corporelle et mentale)	Dépendance physique et mentale	Évaluation			
			A	B	C	
1	▶ <u>Cohérence</u>	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises	Communication			
			Comportement			
2	▶ <u>Orientation</u>	Se repérer dans le temps (jour/nuit, matin/ soir), dans les lieux habituels ou non ...	Dans le temps			
			Dans l'espace			
3	▶ <u>Toilette</u>	Faire seul, habituellement et correctement, sa toilette du haut et du bas du corps.	Haut			
			Bas			
4	▶ <u>Habillage</u>	S'habiller, se déshabiller, seul, totalement et correctement.	Haut			
			Moyen			
			Bas			
5	▶ <u>Alimentation</u>	S'alimenter seul et correctement. On considère que les aliments sont déjà préparés.	Se servir			
			Manger			
6	▶ <u>Élimination</u>	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination.	Urinaire			
			Fécale			
7	▶ <u>Transferts</u>	Passer seul, d'une des 3 positions (debout, assis, couché) à une autre, dans chaque sens.				
8	▶ <u>Déplacement Intérieur</u>	Se déplacer seul à l'intérieur (éventuellement avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant).				
9	▶ <u>Déplacement Extérieur</u>	Se déplacer seul à l'extérieur en tenant compte de l'environnement : obstacles, escaliers, transports en communs.				
10	▶ <u>Communication à distance</u>	Pouvoir utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) <b>dans le but d'alerter</b> .				


### Remplissage de la grille AGGIR

Chaque variable doit recevoir l'évaluation A, B ou C.

- A signifie : Bon, fait seul, totalement, régulièrement et correctement.
- B signifie : Fait partiellement ou irrégulièrement ou incorrectement.
- C signifie : Ne fait pas (ne sait pas, ne peut pas ou ne veut pas le faire).

Fait le .....

Signature du responsable

 <b>Maison de Jouvence</b>	Enregistrement qualité	<b>EN/SEJ/009</b>	V 02
	Demande d'admission	Date d'application : 10 septembre 2009	P 4/4



## La Maison de Jouvence

### SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

21380 MESSIGNY-ET-VANTOUX TEL : 03.80.40.31.31 -FAX : 03.80.40.31.21

### **FICHE ADMINISTRATIVE D'ADMISSION**

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Sexe : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tel fixe : ..... Tel port : .....

Situation familiale :

Nationalité : .....

Profession : .....

#### CONTACT FAMILIAL :

Lien de parenté : .....

Nom.....Prénom.....N°tel.....

Lien de parenté : .....

Nom.....Prénom.....N°tel.....

Lien de parenté : .....

Nom.....Prénom.....N°tel.....

#### SECURITE SOCIALE

Régime : ..... Caisse ou centre : .....

Adresse : .....

N° d'immatriculation : .....

ALD 30    Oui     Non     Date.....

#### MUTUELLE

Nom et adresse : .....

N°d'adhérent : .....

(Joindre la photocopie des cartes d'assurée social et de mutuelle)

#### PRISE EN CHARGE

Durée : .....

Début : .....

**(Fiche à joindre à la fiche Médicale d'Admission)**