



Nom :

Prénom :



Réseau de santé gériatrique
Du Val d'Oust à Brocéliande.

RESSOURCES

RETRAITE PRINCIPALE DE L'INTERESSE

Montant mensuel

Caisse(s) :

Numéro :

RETRAITES COMPLEMENTAIRES

Caisse(s) :

Numéro :

AUTRES RESSOURCES

Montant mensuel

↳ Pension d'invalidité :

↳ Pension d'invalidé de guerre :

↳ Pension de veuve de guerre :

↳ Allocation compensatrice pour tierce personne :

↳ Majoration pour tierce personne :

↳ Allocation adulte handicapé :

↳ Revenus fonciers :

↳ Rentes viagères :

↳ Rente accident du travail :

↳ Pension alimentaire :

↳ Assurance dépendance :

↳ Autre :

APA : Oui Non Numéro de dossier

Demande en cours : Oui Non GIR

Une demande d'aide sociale à l'hébergement est – elle envisagée ? Oui Non

Une demande d'aide sociale au repas est – elle envisagée ? Oui Non

GESTION DES BIENS

↳ Vous-même : Oui Non

↳ Procuration : Nom et prénom :

Adresse :



Nom :

Prénom :



Réseau de santé gériatrique
Du Val d'Oust à Brocéliande.

Lien de parenté :

Mesures de protection : Nom et prénom :

Adresse :

Tél :

Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Mandat de protection futur Mesure d'accompagnement social

PROFESSIONNELS REFERENTS

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom :

Téléphone : : /...../...../...../...../...../ Mail :

PROTECTION SOCIALE

SECURITE SOCIALE

Caisse :

Adresse :

Numéro d'immatriculation :

Article 115 (pensionné de guerre) : Oui Non Carte d'invalidité : Oui .. Non

ALD : Oui Non En cours

MUTUELLE

Caisse : Adresse :

N° d'adhérent :

Aide personnalisée au logement ou allocation logement

Caisse : Adresse :

N° d'allocataire :

LE DEMANDEUR

COORDONNEES DE LA PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE EFFECTUANT LA DEMANDE

Nom et prénom :

Adresse :

/...../...../...../...../...../



Nom :

Prénom :



Réseau de santé gériatrique
Du Val d'Oust à Brocéliande.

ORIGINE DU DOSSIER

Sur la demande de : l'intéressé(e) la famille du médecin traitant

autre professionnel, (précisez) :

Type de demande : URGENT Précaution autre

Nom du signataire (en lettres capitales)

Date : /...../...../...../

Signature :

GRILLE AGGIR

Date de l'évaluation : /...../...../...../

Lieu d'évaluation : domicile institution

GIR :

Rang :

Ne fait pas	S	T	C	H	Code
-------------	---	---	---	---	------

1. Transferts						
2. Déplacements à l'intérieur						
3. Toilette	Haut					
	Bas					
4. Elimination	Urinaire					
	Fécale					
5. Habillage	Haut					
	Moyen					
	Bas					
6. Cuisine						
7. Alimentation	Se servir					
	Manger					
8. Suivi du traitement						
9. Ménage						
10. Alerter						
11. Déplacements à l'extérieur						
12. Transports						
13. Activités du temps libre						
14. Achats						
15. Gestion						
16. Orientation	Dans le temps					
	Dans l'espace					
17. Cohérence	Communication					
	Comportement					

Pour chaque item, cochez :

- NE FAIT PAS : si la personne ne fait jamais, même partiellement et même difficilement, s'il faut faire à la place ou faire faire ou tout REFAIRE.
- S, T, C, H : si la personne fait même difficilement, quand les conditions pour l'adverbe ne SONT PAS REMPLIES :
 - S : Spontanément,
 - T : Totalement,
 - C : Correctement,
 - H : Habituellement.

Puis cochez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.

A : fait spontanément, totalement, correctement et habituellement, aucun adverbe n'est coché.

B : une partie des adverbes seulement est cochée.

C : ne fait pas est coché.

EVALUATIONS IDE – AS : SOINS ET AUTONOMIE / DEPENDANCE

Nom et prénom :

KINESITHERAPIE :

.....
.....

Autres :

SOINS IDE :

.....
.....
.....
.....

DOULEUR : EVA EVS DOLOPLUS2 /...../ SCORE

Territoire :



Nom :

Prénom :



Réseau de santé gériatrique
Du Val d'Oust à Brocéliande.

DIAGNOSTIC IDE OU CIBLE EN COURS :

.....

.....

Protocole applicable :

Joint : Oui Non

HYGIENE : Peau : Saine Plaies cutanées, ulcères variqueux Score Norton

Escarres (précisez la localisation)

Autres, précisez :

MOBILITE : Appui : Oui Non Durée :

Marche : Kinésithérapie Prothèse Cannes Déambulateur Fauteuil roulant

Alité : Prévention escarres Bas à varices Matelas à air Matelas à eau

NUTRITION :

Alimentation : Normale Régime Diététicienne Troubles de la déglutition (fausse route)

Consistance : Normale Hachée Mixée Appareil dentaire

Sonde alimentaire posée le /...../...../...../

Apport hydrique : Normal Restriction : quantité par jour :

Installation : Seul (e) Doit être installé(e) Doit être aidé(e) pour manger

ELIMINATION :

Vésicale : Normale Demande d'aide Incontinence

Sonde vésicale posée le /...../...../...../

Sonde vésicale enlevée le /...../...../...../

Anale : Normale Demande d'aide Incontinence

Constipation Diarrhée Education

COMMUNICATION :

Vue : Bonne Difficultés Lunettes Non voyant

Audition : Bonne Difficultés App auditif Surdité

Orientation spatio-temporelle : Bonne Difficultés Désorientation Confusion

Comportement : Normal Agité Apathique Fugueur



Nom :

Prénom :



Réseau de santé gériatrique
Du Val d'Oust à Brocéliande.

Expression :

- Normale
- Difficile
- Aphasie
- Mutisme

SOMMEIL : Normal Difficile Somnifères Barrières de sécurité

RESPIRATION : Normale Demi assis O2.....l/mm Aérosols x...../jour

Kinésithérapie Trachéotomie Education

EVOLUTION DEPUIS LA DEMANDE :

.....

.....

.....

.....

Signatures

Infirmière

Aide-soignante

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (minimum d'informations à remplir par l'infirmière responsable)

Motif d'hospitalisation :

Médecin ayant suivi la personne :

Date d'intervention chirurgicale :

Chirurgien :

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

Allergies :

Personne à isoler : Infections nosocomiales :

Autres motifs :

Consultations programmées :

Date : /...../...../.....

Examens programmés :

Date : /...../...../.....

Implants fonctionnels ou stomies et date de pose : Pace maker, le /...../...../.....

Sonde vésicale, le /...../...../..... Cathéter central, le /...../...../.....

Port à cath, le /...../...../..... Sonde gastrique, le /...../...../..... Colostomie, le /...../...../.....

Trachéostomie, le /...../...../..... Gastrostomie d'alimentations, le /...../...../.....

Iléostomie, le /...../...../..... Cystostomie, le /...../...../..... Jéjunostomie, le /...../...../.....

RESUME D'HOSPITALISATION du médecin traitant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT MEDICAL (joindre les protocoles éventuels)

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher
Aérosolthérapie				
Voie parentérale	Matin	Midi	Soir	Coucher

Anticoagulant :

Débuté le /...../...../..... dernier INR :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Copie du livret de famille - Extrait d'acte de naissance pour les célibataires,
- Copie des justificatifs récents de toutes les ressources,
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- Copie de l'attestation d'assuré social en cours de validité (document joint à la carte vitale),
- Copie de la carte de mutuelle,
- Copie du carnet de soins gratuits (article 115),
- Copie de la carte d'invalidité,
- Copie du jugement de tutelle,
- Copie de la notification d'admission à l'Aide Sociale à l'Hébergement,
- Copie de la notification d'admission à l'Aide Sociale au Repas,
- Copie de la notification Allocation Personnalisée d'Autonomie,
- Copie de l'attestation Allocation Logement ou Allocation Personnalisée au Logement,
- Relevé d'Identité Bancaire,
- Attestation de responsabilité civile,
- Imprimé d'engagement de payer,
- Dérogation d'âge pour les personnes âgées de – 60 ans.

