



## FICHE D'ADMISSION ET D'ÉVALUATION (v2 2016)

### IDENTITE :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse du lieu de vie et coordonnée téléphonique :

-

Coordonnées d'un référent de l'entourage : lien (de parenté)

- Nom : Tél.

Coordonnées de l'aidant : lien (de parenté)

- Nom : Tél.

Médecins référents :

- Médecin traitant : Tél.
- Médecin coordinateur : Tél.

Infirmière coordinatrice (SSIAD, EHPAD, autres...) : Tél.

N° de sécurité sociale :

Couverture Maladie Universelle :  non  oui

Adresse et n° de mutuelle :

-

Protection juridique ?  non  oui,

Coordonnées Tél.

-

APA ?  non  oui, date de mise en place

GIR lors de la demande d'APA

-

-

-



## CONTEXTE MEDICAL

Pathologie neurocognitive :

Autres pathologies à prendre en compte :

Traitements en cours :

Motifs de la demande d'hospitalisation :

Troubles du comportement perturbateurs / Critères d'orientation :

<input type="checkbox"/> Idées délirantes	<input type="checkbox"/> Dépression / Dysphorie
<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Apathie / Indifférence
<input type="checkbox"/> Agitation / Agressivité	<input type="checkbox"/> Anxiété
<input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur / Euphorie	
<input type="checkbox"/> Dés inhibition	
<input type="checkbox"/> Irritabilité / Instabilité de l'humeur	
<input type="checkbox"/> Comportement moteur aberrant	

Date d'apparition et description des troubles du comportement :

Fréquence des troubles et moments d'apparition dans la journée :



## CENTRE DE SOINS ET DE READAPTATION – LES TILLEROYES

46 B, Chemin du Sanatorium - 25030 BESANÇON CEDEX

Tél. 03 81 41 59 77 Fax. 03 81 41 59 74

Service de Gériatrie Clinique et Ambulatoire - Unité de Réhabilitation Cognitive Comportementale

Docteur Pascale BAUDET-SAUCET, Chef de Service

Philippe GROFFAL Cadre de santé

<http://www.cds-tilleroyes.fr/>

### CONTEXTE SOCIAL

Mode de vie	Aides
<input type="checkbox"/> Seul(e) à domicile	<input type="checkbox"/> Accueil de jour
<input type="checkbox"/> Avec accompagnant : <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> enfant <input type="radio"/> aide	<input type="checkbox"/> Réseau gériatrique
<input type="checkbox"/> En institution : <input type="radio"/> Unité de vie classique <input type="radio"/> PASA <input type="checkbox"/> Foyer logement	<input type="checkbox"/> Intervenants extérieurs : <input type="radio"/> SSIAD <input type="radio"/> Aides à domicile
<input type="checkbox"/> En famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Autres

### Activités de la Vie Quotidienne

	Autonome	Guidance verbale	Guidance gestuelle	Imitation	Aides totales
Transferts					
Déplacements intérieurs					
Toilette					
Elimination					
Habillage					
Cuisine					
Alimentation					
Suivi du traitement					
Ménage					
Alerter					
Déplacement extérieur					
Transports					
Activités du temps libre					
Achats					
Gestion					



# CENTRE DE SOINS ET DE READAPTATION – LES TILLEROYES

46 B, Chemin du Sanatorium - 25030 BESANÇON CEDEX

Tél. 03 81 41 59 77 Fax. 03 81 41 59 74

Service de Gériatrie Clinique et Ambulatoire - Unité de Réhabilitation Cognitive Comportementale

Docteur Pascale BAUDET-SAUCET, Chef de Service

Philippe GROFFAL Cadre de santé

<http://www.cds-tilleroyes.fr/>

<b>Vision :</b> <input type="checkbox"/> Normal avec ou sans lunette <input type="checkbox"/> Affaibli, gêne quotidienne <input type="checkbox"/> Cécité	<b>Orientation temporelle :</b> <input type="checkbox"/> Aucun problème (jour, mois, années) <input type="checkbox"/> Sait à qu'elle période de l'année nous sommes (saisons, fêtes...) <input type="checkbox"/> Orientation dans la journée (matin, soir, jour, nuit...) <input type="checkbox"/> Complètement désorienté (inversion rythme jour, nuit)
<b>Audition :</b> <input type="checkbox"/> Normal avec ou sans appareillage <input type="checkbox"/> Affaibli, gêne quotidienne <input type="checkbox"/> Surdité	<b>Orientation spatiale :</b> <input type="checkbox"/> Aucun problème (peut se promener dans son quartier seul) <input type="checkbox"/> Se repère dans son lieu de vie <input type="checkbox"/> Complètement désorienté
<b>Communication :</b> <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Non verbale	<b>Expression :</b> <input type="checkbox"/> Peut exprimer ses besoins seul : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Peut exprimer ses émotions seul : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Interactions sociales : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Cohérence :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Alimentation</b> Texture : normale <input type="checkbox"/> Hach�e <input type="checkbox"/> Mix�e <input type="checkbox"/> Mange seul : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

### Lieu de vie semble-t-il adapté au niveau :

Sécurité : oui non

Risque de chutes / Locomotion : oui non

Risque de quitter le foyer et de se perdre : oui non

Autres

*Date de la demande :*

*Nom, signature et cachet du médecin demandeur :*

**Patient informé par le médecin traitant de son hospitalisation** OUI NON

**Il est fondamental que le patient soit informé de son hospitalisation pour le bon déroulement de celle-ci.**

**Dans le cas contraire, nous nous verrions dans l'impossibilité d'accueillir un patient non informé de son hospitalisation.**

**Ceci étant, vous pouvez nous contacter si vous éprouvez des difficultés dans cette démarche.**