

DEMANDE D'ADMISSION

A. CONDITIONS D'ADMISSION :

Le dossier d'admission doit être déposé **complet**, en vue d'inscription, après du :

Bureau des admissions ☎ 05.57.81.15.54

Ouvert du lundi au vendredi de 8 heures 30 à 18 heures

L'admission est prononcée par le **directeur** de l'établissement d'hébergement public sur présentation du dossier complet, composé:

- 1) **DU DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION** (p 5 à 11), à faire compléter par le médecin traitant, constatant l'état de Santé du demandeur. Le cas échéant, le médecin référent de l'établissement, pourra demander une visite médicale sur place afin d'émettre l'**AVIS MEDICAL D'ADMISSION** définitif.
Le dossier médical comprend également le **dossier de soins**.
- 2) **DU DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION**, comprenant :
 - les renseignements d'état civil nécessaires à l'administration (futur résident et famille),
 - les renseignements financiers (pensions, ressources et allocations diverses)
 - la couverture médicale (carte vitale, mutuelle)
- 3) **DU QUESTIONNAIRE « MIEUX VOUS CONNAITRE POUR MIEUX VOUS ACCUEILLIR »** permettant de connaître les habitudes de vie du résident.

En cas d'insuffisance de ressources, des aides peuvent être demandées :

- l'Aide Sociale pour le règlement du forfait d'hébergement,
- l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) pour solvabiliser le forfait dépendance
- des allocations sociales diverses (allocations logement notamment, allocation handicapé éventuelle).

(Voir liste complète des pièces à fournir, page 3).

B. MODALITES D'ADMISSION :

L'inscription sur liste d'attente pour une place en chambre à 1 ou 2 lits ne deviendra effective, après accord médical, que lorsque le dossier d'admission sera complet.

Le mode d'hébergement et l'affectation dépendent de l'état de santé du résident orienté dans un secteur adapté à son profil par l'équipe médicale et soignante ainsi que la direction.

L'accord d'admission prononcé par le Directeur ouvre droit à **réservation** effective dès la signature du contrat de séjour.

Un **contrat de séjour** sera signé entre le résident ou son représentant légal et le directeur de l'établissement, par lequel il s'engage à avoir pris connaissance du **règlement intérieur** précisant les conditions de séjour.

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM : NOM de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance : Lieu :

Nationalité :

Lieu de résidence précédant l'admission (domicile, hôpital, RPA, etc.)

.....

Domicile de secours (Gironde ou autre département) :

.....

Profession exercée antérieurement :

Situation familiale : célibataire ☐ marié ☐ divorcé ☐ veuf ☐

Nombre d'enfants : vivants : décédés :

Noms, prénoms, adresse et téléphone des enfants :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Personnes à prévenir (parent, ami, etc.) par priorité :

.....

Tuteur (nom, téléphone) :

Médecins assurant les soins réguliers (nom, téléphone)

.....

Religion : pratiquant oui ☐ non ☐

Contrat obsèques oui ☐ non ☐

(Indiquer référence)

.....

.....

.....

RESSOURCES : organismes délivrant la pension :

Fournir :

- photocopie des titres de pensions (relevés annuels des caisses de retraite),
 - photocopie du livret de famille ou acte de naissance avec mentions marginales,
 - photocopie de la carte de sécurité sociale,
 - attestation de carte vitale mise à jour,
 - photocopie de la carte mutuelle,
 - photocopie des deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition,
 - photocopie de la taxe d'impôts fonciers,
 - photocopie d'une pièce d'identité,
 - attestation APA précédente,
 - numéro d'allocataire CAF ou MSA (pour la demande d'allocation logement),
 - responsabilité civile (assurance personnelle RC + mobilier apporté),
 - relevé d'identité bancaire,
 - photocopie des contrats obsèques.
-
- relevé d'identité bancaire des enfants ou petits enfants,
 - feuilles d'imposition ou de non-imposition des enfants ou petits enfants,
 - caution solidaire selon modèle joint à ce dossier administratif,
 - photocopie des livrets d'épargne ou titres de placements détenus (résident).

PERSONNES ASSURANT LE RÈGLEMENT DES FRAIS :

(résident, famille, tuteur ou caution)

.....
.....

Demande Aide-Sociale : oui ☐ non ☐

Date d'admission demandée:

--

Mode préférentiel souhaité :

chambre à 2 lits acceptée oui ☐ non ☐

SIGNATURE DU DIRECTEUR POUR ACCORD

Le Directeur,

**Liste de tous les obligés alimentaires
(Enfants et petits-enfants)**

Enfants

Nom - Prénom	Adresse	Code Postal Ville	Téléphone(s)

Petits-enfants

Nom - Prénom	Adresse	Code Postal Ville	Téléphone(s)

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e)	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	
prénom	
n° d'immatriculation	
le bénéficiaire	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	
prénom	
date de naissance	
adresse de l'assuré(e)	

identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	nom et prénom du médecin traitant
	nom
	prénom
n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)	identifiant

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

bénéficiaire (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)	médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Mlle	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
signature(s)	signature

déclaration signée le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704a

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).



N° 14732*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- ° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- ° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- ° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI ☐ NON ☐

Si OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire ☐

Accueil couple souhaité OUI ☐ NON ☐

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire _____

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile ☐ Chez enfant/Proche ☐ Logement foyer ☐ EHPAD ☐ Hôpital ☐ SSIAD / SAD¹ ☐ Accueil de jour ☐

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI ☐ NON ☐

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI ☐ NON ☐

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli ☐

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI ☐ NON ☐

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐

Vit maritalement ☐

Pacsé(e) ☐

Marié(e) ☐

Veuf (ve) ☐

Séparé(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI ☐ NON ☐ En cours ☐

Si oui, laquelle : Tutelle ☐

Curatelle ☐

Sauvegarde de justice ☐

Mandat de protection future ☐

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐

Aide sociale à l'hébergement OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation logement (APL/ALS) OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI ☐ NON ☐

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT ☐ DANS LES 6 MOIS ☐ ECHEANCE PLUS LOINTAINE ☐

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ____ / ____ / ____

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

* Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement ☐

Fin/Retour d'hospitalisation ☐

Maintien à domicile difficile ☐

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS ☐ OUI ☐ NON **ALLERGIES** ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE ☐ OUI ☐ NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

☐ NE SAIT
☐ PAS ☐ OUI ☐ NON

Alcool	☐	☐
Tabac	☐	☐
Sevrage	☐	☐

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

☐ OUI ☐ NON

Cécité

☐☐

Surdité

☐☐

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

☐ OUI ☐ NON

REEDUCATION

☐ OUI ☐ NON

Kinésithérapie

☐☐

Orthophonie

☐☐

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du
médecin

MIEUX VOUS CONNAITRE POUR MIEUX VOUS ACCUEILLIR

NOM :

Prénoms:

Date de naissance:

Lieu de naissance:

► Aujourd'hui, j'habite à

Dans : ☐ une maison

☐ un appartement

☐ autre (précisez)

► J'ai un jardin

☐ oui

☐ non

► Je vis seul(e)

☐ oui

☐ non

Une aide à domicile vient chez moi

☐ oui

☐ non

Ma famille, des amis, des voisins viennent me rendre visite

☐ oui

☐ non

► Je vis chez des proches

☐ oui

☐ non

Si oui, je vis chez depuis

► J'ai un animal domestique

☐ oui

☐ non c'est un.....

Il s'appelle.....

► Je souhaite rentrer en EHPAD pour la raison suivante :

.....

.....

.....

MA FAMILLE

► Je suis marié (e), veuf (ve), divorcé (e), célibataire (entourer la bonne réponse)

► J'ai des enfants

☐ oui

☐ non

Combien ?

Combien de petits enfants ?

Mme, M	Nom	Prénoms	Téléphone	Situation familiale

► J'ai travaillé ☐ oui ☐ non
Métiers pratiqués :

► J'ai eu des engagements ou des activités associatives ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels ?

► Certains événements ont fortement marqués ma vie
.....
.....
.....

MES HABITUDES DE VIE

► Les activités qui me plaisent :
.....
.....

Mon sommeil :

► Je me lève généralement à
► Je me couche à
► J'ai l'habitude de faire une sieste l'après-midi ☐ oui ☐ non
☐ au lit ☐ au fauteuil

► Je voudrais vous préciser autre chose concernant mon sommeil (veilleuse, volets ouverts, lumière...)
.....

► Position d'endormissement

► Durée habituelle du sommeil

Mes habitudes alimentaires :

► Pour information, je prends mon petit déjeuner vers.....h...../mon déjeuner à.....h...../mon dîner àh.....

► Ce que je prends habituellement au petit déjeuner :

► Au cours de mes repas, j'ai l'habitude de boire (précisez quoi)

► J'ai besoin d'une aide pour :

► J'utilise des couverts adaptés ☐ oui ☐ non

► J'aime peu

► Je n'aime pas du tout

► J'ai l'habitude de prendre une collation

☐ oui ☐ non

► J'ai un régime particulier :

☐ oui ☐ non

Si oui, il a pour origine :

☐ du diabète

☐ une allergie

☐ une intolérance alimentaire

☐ ma religion

☐ Je mange peu

☐ J'ai bon appétit

☐ J'ai très bon appétit

► Mes aliments sont servis :

☐ normalement

☐ hachés

☐ mixés

► Je voudrais vous préciser autre chose concernant mes habitudes alimentaires

► Je mange seul (e)

☐ oui ☐ non

► J'aime bien être accompagné (e) d'autres personnes

☐ oui ☐ non

Mes habitudes vestimentaires :

► Je suis frileux (se)

☐ oui ☐ non

► Je crains la chaleur

☐ oui ☐ non

► Je prends plaisir à choisir mes vêtements le matin

☐ oui ☐ non

J'aime.....

Je n'aime pas.....

Je voudrais vous préciser autre chose concernant mes habitudes vestimentaires.....

J'ai besoin d'une aide pour

Mon hygiène :

► J'ai l'habitude :

↳ de prendre des douches

☐ oui ☐ non

↳ de faire ma toilette au lavabo

☐ oui ☐ non

↳ d'être aidé(e) pour ma toilette

☐ oui ☐ non

Ce que j'aime.....

Ce que je n'aime pas

► J'ai des soucis d'incontinence

☐ oui ☐ non

► J'utilise des protections

☐ occasionnellement

☐ en permanence

☐ le jour

☐ la nuit

☐ le jour et la nuit

► J'utilise une chaise-commode

☐ le jour

☐ la nuit

☐ le jour et la nuit

► Je me fais un shampoing tous les..... jours.

► Je vais chez un coiffeur tous les.....

► Un coiffeur à domicile vient le.....

► J'ai des soins de pédicurie

☐ oui ☐ non

Mes activités de la vie quotidienne :

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| ▶ Je fais mon ménage quotidien | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ Je fais mon lit | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ Je fais la cuisine | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ Je fais mes courses | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ Je lave mon linge | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ Je conduis mon véhicule | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ Je gère seul(e) mon argent | ☐ oui | ☐ non |
| Si non, qui pourquoi..... | | |
| ▶ J'accomplis seul(e) mes formalités administratives | ☐ oui | ☐ non |
| Si non, qui pourquoi..... | | |
| ▶ Je me déplace : ☐ seule(e) ☐ avec une canne ☐ avec un déambulateur ☐ avec un fauteuil roulant | | |
| ▶ Je voudrais vous préciser autre chose concernant ma vie quotidienne | | |
| | | |

Mes loisirs :

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| ▶ Je fais du vélo | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ J'aime la marche à pied | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ Je fais du jardinage | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ J'aime bricoler | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ J'aime cuisiner | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ J'aime peindre ou dessiner | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ J'aime coudre | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ J'aime tricoter | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ J'aime la danse | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui laquelle ?..... | | |
| ▶ J'aime le théâtre | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ J'aime le cinéma | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui quoi ?..... | | |
| ▶ J'aime la musique | ☐ oui | ☐ non |
| Ma musique préférée est :..... | | |
| ▶ Je joue ou je jouais d'un instrument | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui lequel ? | | |
| ▶ J'aime écouter la radio | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui quoi ?..... | | |
| ▶ J'aime regarder la télévision | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui quoi ?..... | | |
| ▶ J'aime lire : | | |
| ↳ le journal | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui lesquels ?..... | | |
| ↳ des livres | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui quoi ?..... | | |
| ↳ des revues | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui lesquels ?..... | | |
| ▶ J'aime les jeux de sociétés | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui lesquels ?..... | | |
| ▶ J'aime l'ordinateur | ☐ oui | ☐ non |
| ▶ Je vais sur internet | ☐ oui | ☐ non |
| Si oui sur quel site? | | |
| ▶ J'ai d'autres activités (manuelles ou autres)..... | | |

Mes pratiques religieuses :

- J'ai une religion ? ☐ oui ☐ non
Si oui je suis de confession ?.....
- Je pratique régulièrement cette religion ☐ oui ☐ non
► Je suis attaché aux rites suivants (ex : messe, ramadan...) :
.....

Ma santé :

- Ma vue :
- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| ☐ Je porte des lentilles | ☐ oui | ☐ non |
| ☐ Je porte des lunettes | ☐ oui | ☐ non |
| ☐ J'ai une vue correcte | ☐ oui | ☐ non |
| ☐ Je suis malvoyant | ☐ oui | ☐ non |
- Mon audition :
- | | | |
|---|--|---------------------------|
| ☐ J'ai une ouïe correcte | ☐ oui | ☐ non |
| ☐ Je suis malentendant | ☐ oui | ☐ non |
| ☐ J'ai les deux | ☐ oui | ☐ non |
| ☐ J'ai un ☐ appareil auditif droit | ☐ un appareil auditif gauche | |
| ☐ Je le(s) porte | ☐ oui | ☐ non |
- Prothèse dentaire :
- | | | |
|---|------------------------------|---------------------------|
| ☐ J'ai un appareil dentaire | ☐ oui | ☐ non |
| ☐ Il est : ☐ en haut | ☐ en bas | |
| ☐ Je le(s) porte | ☐ oui | ☐ non |
- Tabac :
- | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Je fume | ☐ oui | ☐ non |
| ☐ Si oui, je fume ☐ des cigarettes | ☐ le cigare | ☐ la pipe |

► **Autres remarques à vous signaler :**

.....

.....

.....

► **Ce recueil de données a été rempli grâce à la collaboration :**

- ☐ du résident ☐ de la famille (précisez) ☐ Autre (précisez)

Date:.....

Nom de la personne de confiance:.....

