

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS HDJ

IDENTITE

NOM : _____ PRENOM : _____
NOM DE JEUNE FILLE : _____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____
ADRESSE _____
CODE POSTAL [] [] [] [] [] [] VILLE : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE N°1 TEL : _____

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE _____
CODE POSTAL [] [] [] [] [] [] VILLE : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE N°2 TEL : _____

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE _____
CODE POSTAL [] [] [] [] [] [] VILLE : _____

COUVERTURE SOCIALE

ADRESSE DE VOTRE CENTRE DE SECURITE SOCIALE

CODE POSTAL [] [] [] [] [] [] VILLE : _____

NOM ORGANISME MUTUELLE _____

(L'attestation de la CPAM et la carte mutuelle vous seront réclamées à l'arrivée)

CONDITIONS DE VIE

En maison	<input type="checkbox"/>	En appartement	<input type="checkbox"/>		
Seul(e) à domicile	<input type="checkbox"/>	Isolé(e)	<input type="checkbox"/>	Entourage présent	<input type="checkbox"/>
En couple	<input type="checkbox"/>	Accueil famille	<input type="checkbox"/>	Portage des repas	<input type="checkbox"/>
Coordination sanitaire et sociale	<input type="checkbox"/>			Aide ménagère	<input type="checkbox"/>
APA	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		SI oui, nbre d'heures

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
REMPII PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM _____ PRENOM _____ AGE _____

HISTOIRE DE LA MALADIE :

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

Hospitalisation en rapport avec ALD oui non

ANTECEDENTS MEDICAUX

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

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

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

ALLERGIES :

TABAC :

ALCOOL :

Hospitalisation dans l'année précédente

Oui

Non

Chutes dans l'année précédente

Oui

Non

TRAITEMENTS EN COURS (Joindre l'ordonnance et pour les AVK, merci de transmettre les dates et les résultats des derniers INR)

.....

.....

.....

.....

.....

Prévoir un bilan sanguin standard **avec également** Albumine, **Vitamine D et Ca²⁺**

DERNIERES CONSTANTES

POIDS		TENSION ARTERIELLE	
TAILLE			

Surdité :

Cécité :

Etat général :

- Très bon Bon D t ri r 

Etat cutané (Escarres ou autres) :

.....

.....

Mobilité :

- Marche sans aide Marche avec une canne Marche avec déambulateur
 Se déplace en fauteuil roulant Transfert lit-fauteuil ne se déplace pas

Elimination :

- Continence Incontinence fécale Incontinence nocturne
 Incontinence Diurne Porteur d'une sonde à demeure

AUTONOMIE

Transferts (Lit – Fauteuil)	Spontané	Stimulé	Aidé	Dépendant
Déplacements	Spontané	Stimulé	Aidé	Dépendant
Toilette	Spontané	Stimulé	Aidé	Dépendant
Habillage	Spontané	Stimulé	Aidé	Dépendant
Alimentation	Spontané	Stimulé	Aidé	Dépendant
Régime alimentaire	Normal	Haché	Semi-liquide	Sonde gastrique Nutripompe
Sphincters	Continence vésicale	Incontinence vésicale	Accidentelle	
	Continence anal	Incontinence anal	Accidentelle	

COMPORTEMENT

Désorientation T.S.	Non	Oui		
Troubles mnésiques	Non	Modérés	Majeurs	
Troubles du comportement	Non	Modérés	Agitation	Diurne Nocturne
Troubles de l'humeur	Non	Oui		

OBJECTIFS DE L'HDJ :

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

PROGRAMME DE SOINS (A titre indicatif) :

1. Kinésithérapie

- Prise en charge individuelle ou en groupe Atelier relevé de chute
 Atelier cardio

2. Activité physique adapté

- Renforcement musculaire Atelier équilibre Réentraînement à l'effort
 Gymnastique globale Parcours de marche à l'extérieur Atelier cardio

3. Ergothérapie

- Atelier AVQ Atelier d'ergomotricité Atelier chaussage et aides techniques
 Atelier mémoire Atelier stimulation cognitive

4. Psychologue

- PEC individuelle

5. Orthophonie

- Oui Non

6. Demande spécifique du patient :

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