



ACCUEIL
HEBERGEMENT
RESTAURATION
ANIMATION
SOINS

Certifié ISO 9001 : 2000 par



Maison de retraite de Plaisance : l'Autre Chez-soi

Téléphone : 05.62.69.49.49 - Télécopie : 05.62.69.46.77

Site : www.cite-st-joseph.asso.fr - E-mail : cite.st.joseph@wanadoo.fr

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

(Cette pré-inscription n'engage en rien la venue de la personne inscrite)

Date de pré-inscription :

NOM de la personne à inscrire : Prénom :

Adresse habituelle :

Tél. :

Date naissance : Ancien métier :

| Origine de la demande | | | |
|--|---|---|--|
| la personne inscrite <input type="checkbox"/> | le conjoint <input type="checkbox"/> | les enfants <input type="checkbox"/> | Autre (détailler) : |
| Type d'hébergement | | | |
| Définitif <input type="checkbox"/> | Temporaire <input type="checkbox"/> | Accueil de jour <input type="checkbox"/> | |
| Choix de logement | | | |
| Chambre deux lits <input type="checkbox"/> | Chambre Individuelle <input type="checkbox"/> | Studio 30 m ² <input type="checkbox"/> | 47 m ² <input type="checkbox"/> |
| Motif de séjour | | | |
| | | | |
| Envie d'entrer à la Maison de retraite du futur résidant | | | |
| Oui <input type="checkbox"/> | par obligation <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| Date d'entrée envisagée | Besoin d'un lit médicalisé | | |
| | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| Meubles personnels | Animal domestique | | |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

NOM de la personne référente : Prénom :

Adresse habituelle :

Tél. :

| Suite donnée (réservé à l'administration) |
|---|
| |



ACCUEIL
HEBERGEMENT
RESTAURATION
ANIMATION
SOINS

Certifié ISO 9001 : 2000 par



Maison de retraite de Plaisance : l'Autre Chez-soi

Téléphone : 05.62.69.49.49 - Télécopie : 05.62.69.46.77

Site : www.cite-st-joseph.asso.fr - E-mail : cite.st.joseph@wanadoo.fr

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

(Cette pré-inscription n'engage en rien la venue de la personne inscrite)

Grille AGGIR rempli par le médecin généraliste

Date de réalisation : NOM Prénom du médecin :

Coordonnées :

NOM de la personne à inscrire : Prénom :

Converser et se comporter de façon logique et sensée A B C

Orientation

Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux A B C

Assurer son hygiène corporelle

Toilette du haut du corps A B C

Toilette du bas du corps A B C

Habillage (s'habiller, se déshabiller, se présenter)

Haut A B C

Moyen A B C

Bas A B C

Alimentation

Se servir A B C

Manger les aliments préparés A B C

Elimination

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire A B C

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale A B C

Transfert

Se lever, se coucher, s'asseoir A B C

Déplacement à l'intérieur avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant A B C

Déplacement à l'extérieur à partir de l'entrée sans moyen de transport A B C

Communication à distance : utiliser le téléphone, l'alarme, la sonnette A B C

Nombre de point GIR :

GRUPE GIR :



ACCUEIL
HEBERGEMENT
RESTAURATION
ANIMATION
SOINS

Certifié ISO 9001 : 2000 par



Maison de retraite de Plaisance : l'Autre Chez-soi

Téléphone : 05.62.69.49.49 - Télécopie : 05.62.69.46.77

Site : www.cite-st-joseph.asso.fr - E-mail : cite.st.joseph@wanadoo.fr

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

(Cette pré-inscription n'engage en rien la venue de la personne inscrite)

Date de réalisation : NOM Prénom du médecin :

Coordonnées :

NOM de la personne à inscrire : Prénom :

Poids : Taille :

Vision : Audition :

Antécédent important :

Diagnostic actuel :

Traitement :