

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX POUR L'ADMISSION**

Ce formulaire doit être rempli par le médecin de famille.

Date: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENT:**

|   |                                      | OUI | NON |
|---|--------------------------------------|-----|-----|
| Médicaux:                                 | accident vasculaire cérébral:        |     |     |
|   | insuffisance cardiaque:              |     |     |
|   | cardiopathie ischémique:             |     |     |
|   | H.T.A.                               |     |     |
|   | artérite:                            |     |     |
|   | phlébite:                            |     |     |
|   | insuffisance rénale:                 |     |     |
|   | insuffisance respiratoire chronique: |     |     |
|   | diabète insulino-dépendant:          |     |     |
|   | tuberculose récente:                 |     |     |
|   | néoplasie:                           |     |     |
|   | lithiase biliaire:                   |     |     |
|   | allergies:                           |     |     |
| maladies thrombo-embolique                |                                      |     |     |
| dialyse                                   |                                      |     |     |
| appareillage                              |                                      |     |     |
| Chirurgicaux: Intervention chirurgicale ? |                                      |     |     |
|   | Laquelle, Date: _____                |     |     |

Autres antécédents importants: \_\_\_\_\_

**VACCINATION ANTI-TETANIQUES :**

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**ETAT ACTUEL :**

Aspect général : \_\_\_\_\_  
 Poids : \_\_\_\_\_ Kg Taille: \_\_\_\_\_ m  
 Poumons: \_\_\_\_\_  
 Cœur : \_\_\_\_\_  
 Tension artérielle : \_\_\_\_\_  
 Système nerveux: \_\_\_\_\_  
 Appareil génito-urinaire: \_\_\_\_\_  
 Appareil cardio-vasculaire: \_\_\_\_\_  
 Appareil pleuro-pulmonaire: \_\_\_\_\_  
 Appareil locomoteur : \_\_\_\_\_  
 Appareil digestif: \_\_\_\_\_  
 Escarres :(préciser les localisations) \_\_\_\_\_

|                   |      | bonne | mauvaise | appareillée |
|-------------------|------|-------|----------|-------------|
| Organes de sens : | Vue  |       |          |             |
|                   | Ouïe |       |          |             |

Denture: \_\_\_\_\_

**DEGRE DE DEPENDANCE :**

|                        | Seul | avec aide |
|------------------------|------|-----------|
| se lever et se coucher |      |           |
| manger                 |      |           |
| s'habiller             |      |           |
| marcher avec une canne |      |           |
| emprunter un ascenseur |      |           |
| emprunter un escalier  |      |           |
| incontinence urinaire  |      |           |
| sonde urinaire         |      |           |
| selles                 |      |           |

**ETAT PHYSIQUE :**

Affaiblissement des fonctions intellectuelles: Non: \_\_\_\_\_ Légér: \_\_\_\_\_ Important: \_\_\_\_\_  
 Orientation: \_\_\_\_\_  
 Langage: \_\_\_\_\_  
 Mémoire: \_\_\_\_\_  
 Sommeil: \_\_\_\_\_  
 Agitation-agressivité: \_\_\_\_\_  
 Dépression-inertie: \_\_\_\_\_  
 Idées délirantes: \_\_\_\_\_

Y a t'il une affection en cours ? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Y a t'il une infirmité ? \_\_\_\_\_

Hospitalisation \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_  
 Motif \_\_\_\_\_  
 Date entrée: \_\_\_\_\_ Date sortie: \_\_\_\_\_

**A.G.G.I.R.**  
Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

Date: \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

|    |  | A   | B | C |
|----|--|---|---|---|
| 1  | COHERENCE : Converse et se comporte de façon sensée                |   |   |   |
| 2  | ORIENTATION : Se repère dans le temps et dans les lieux            |   |   |   |
| 3  | TOILETTE : Concerne l'hygiène corporelle                           | du haut:                                  |   |   |
|    |  | du bas:                                   |   |   |
| 4  | HABILLE Haut:  | s'habiller                                |   |   |
|    |  | se déshabiller                            |   |   |
|    |  | se présenter                              |   |   |
|    | Bas:   | s'habiller                                |   |   |
|    |  | se déshabiller                            |   |   |
|    |  | se présenter                              |   |   |
| 5  | ALIMENTATION   | se servir                                 |   |   |
|    |  | manger les aliments préparés              |   |   |
| 6  | ELIMINATION (assurer l'hygiène de lélimination urinaire et fécale) | URINAIRE                                  |   |   |
|    |  | FCALE                                     |   |   |
| 7  | TRANSFERE  | se lever                                  |   |   |
|    |  | se coucher                                |   |   |
|    |  | s'asseoir                                 |   |   |
| 8  | DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR   | avec ou sans canne                        |   |   |
|    |  | avec déambulateur                         |   |   |
|    |  | avec fauteuil roulant                     |   |   |
| 9  | DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR   | A partir de la porte d'entrée             |   |   |
|    |  | sans moyen de transport                   |   |   |
| 10 | COMMUNICATION A DISTANCE   | Utilise les moyens de communication       |   |   |
|    |  | Téléphone                                 |   |   |
|    |  | sonnette                                  |   |   |
|    |  | alarme                                    |   |   |
| 11 | GESTION  | Gérer ses affaires, se servir             |   |   |
|    |  | de l'argent, démarches                    |   |   |
|    |  | administratives, formulaires              |   |   |
| 12 | CUISINE  | Préparer ses repas                        |   |   |
| 13 | MENAGE   | Effectuer l'ensemble des travaux menagers |   |   |
| 14 | TRANSPORT  | Prendre et/ou commander un moyen de       |   |   |
|    |  | transport (au moins 1 fois par semaine)   |   |   |
| 15 | ACHAT  | Acquisition directe ou par correspondance |   |   |
| 16 | SUIVI DU TRAITEMENT  | Se conforme à l'ordonnance                |   |   |
|    |  | du médecin                                |   |   |
| 17 | ACTIVITES DU TEMPS LIBRE   | Sportives, culturelles, sociales          |   |   |

Légende : A: Fait seul totalement, habituellement, correctement  
 B: Fait partiellement  
 C: Ne fait pas

## CLASSEMENT EN GROUPE ISO-RESSOURCES

L'observation porte sur les activités effectuées seule par la personne.

| GROUPE ISO-RESSOURCES I  |
|--|
| Personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, déplacement intérieur impossible; personne âgée confinée au lit ou fauteuil <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"></span>  |
| GROUPE ISO-RESSOURCES II   |
| Personnes confinée au lit ou fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les activités de vie courante. Personne dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"></span>                          |
| GROUPE ISO-RESSOURCES III  |
| Personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"></span>  |
| GROUPE ISO-RESSOURCES IV   |
| Personnes qui n'assurent pas leur transfert mais qui une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. Personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteur mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, repas, l'habillage. <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"></span> |
| GROUPE ISO-RESSOURCES V  |
| Personnes qui assurent seules leurs déplacement à l'intérieur du logement s'alimentent et s'habillent seule. Elles peuvent nécessiter une aide partielle pour la toilette, les repas et le ménage <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"></span>  |
| GROUPE ISO-RESSOURCES VI   |
| Personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminantes de la vie courante. <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"></span>   |

## TRAITEMENT EN COURS

|    | Matin | Midi | Soir | Autre |
|----|-------|------|------|-------|
| 1  |       |      |      |       |
| 2  |       |      |      |       |
| 3  |       |      |      |       |
| 4  |       |      |      |       |
| 5  |       |      |      |       |
| 6  |       |      |      |       |
| 7  |       |      |      |       |
| 8  |       |      |      |       |
| 9  |       |      |      |       |
| 10 |       |      |      |       |
| 11 |       |      |      |       |
| 12 |       |      |      |       |
| 13 |       |      |      |       |
| 14 |       |      |      |       |

L'intéressé est-il indemne de toute affection contagieuse, et peut-il sans danger pour lui-même et pour son entourage, vivre en collectivité ?

OUI :

NON :

NOM ET ADRESSE du médecin traitant :

Fait à :

Le:

Signature et cachet du médecin