



Résidence Autonomie Pajaud – 22 Rue Charles Simon – 37150 BLERE

EHPAD de Bléré – 25 Avenue Carnot -37150 BLERE - 02.47.30.85.85
accueilauverdiere@ehpad-blere.fr

NOTICE DE RENSEIGNEMENTS - RESIDENCE AUTONOMIE PAJAUD

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Situation maritale : Célibataire ☐

Marié (e) ☐

En couple ☐

Divorcé (e) ☐

Veuf (ve) ☐

Nombre d'enfant(s) :

CONTEXTE DE LA DEMANDE :

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

Caisse d'Assurance Maladie et numéro de sécurité sociale :

Nom et adresse de la mutuelle / complémentaire santé :

Coordonnées du médecin traitant :

Pharmacie :

Hôpital souhaité en cas d'hospitalisation:

Profession exercée durant la période d'activité :

Caisse(s) de retraite :

-
-
-
-

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER:

Personne 1 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Personne 2 :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse mail :

Type de logement souhaité par ordre de préférence* :

- ☐ T1Bis (40m² - Entrée / Cuisine / Salle de bain / WC / Cagibi / Salon-chambre)
- ☐ T2 (45m² - Entrée / Cuisine / Salle de bain / WC / Cagibi / Salon / Chambre)
- ☐ Pavillon (50m² - Entrée / Cuisine / Salle de bain / WC / Cagibi / Salon / Chambre / Garage)

Actuellement, êtes-vous propriétaire ou locataire ?

Si vous êtes en location, quelle est la durée de votre préavis ?

Date d'entrée souhaitée : ☐ Immédiate ☐ Dans les mois à venir ☐ Dans les années à venir

Date de la demande :



Votre demande n'étant valable que 12 mois, merci de nous recontacter afin d'actualiser celle-ci sous peine qu'elle ne soit considérée comme annulée.

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL
à remplir par le médecin traitant et à remettre au médecin coordonnateur de l'EHPAD

PERSONNE CONCERNEE

Civilité Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance) Prénom

Nom d'usage

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Fin/retour d'hospitalisation ☐ Maintien à domicile difficile ☐

Autres (préciser)

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

ANTECEDENTS Médicaux et chirurgicaux

--

PATHOLOGIES ACTUELLES

--

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

--

SOINS PALIATIFS

OUI NON

ALLERGIES

OUI

NON

Si oui, préciser:

--

CONDUITES A RISQUE

Oui Non

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE Ne sait pas ☐ Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser (localisation...)	
Date du dernier prélèvement	

Taille

--

Poids

--

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité	oui	non
Surdité	oui	non

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

Oui	☐
Non	☐

REEDUCATION

Kinésithérapie	Oui ☐ Non ☐
Orthophonie	Oui ☐ Non ☐
Autre (préciser)	

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 SOUS 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 (déambulations pathologiques, gestes		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastronomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire		
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
Adresse	
Code postal	Ville
Date	Signature et cachet du médecin