

**HOPITAL LOCAL
MAISON DE RETRAITE
29 Rue Saint Roch B.P. 25
35390 LE GRAND-FOUGERAY**

Tél. : 02.99.08.30.30

BILAN MEDICAL D'ADMISSION

(à faire remplir par le médecin traitant)

NOM : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

.....

ANTECEDENTS

• **Médicaux :.....**
.....
.....

• **Chirurgicaux (date et type d'intervention) :**
.....
.....

• **Allergies connues :**
.....
.....

EXAMEN CLINIQUE ACTUEL

- **Cardiologie :**
.....
- **Pulmonaire :**
- **Neurologique :**
- **Appareil digestif :**
- **Appareil génito-urinaire :**
- **Appareil locomoteur :**
- **Vue :**
- **Ouïe :**
- **Etat bucco-dentaire :**
.....
- **Troubles psychiatriques :**
.....
.....
- **Troubles trophiques escarres, ulcères de jambes (description) :**.....
.....
.....
.....
- **Troubles endocrinologies :**
.....
- **Obésité :** **Diabète :**
- **Dysft. Thyroïdien** **Autres :**
- **Affection relevant du 100 % :**
.....
.....
.....
.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

■ Poids :

Taille :

TRAITEMENTS EN COURS

■ Médicamenteux :

■ Soins infirmiers :

■ Kiné, Orthophonie :

■ Régime alimentaire :

COMMENTAIRES PARTICULIERS

Cachet :

Date :

Signature :

AUTONOMIE – CODIFICATION A.G.G.I.R.

NOM : PRENOM :

Répondre par :

A : fait seul (e) totalement, habituellement correctement

B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement

C : ne fait pas

| | | |
|---|--------------------------|---|
| COHERENCE | | <input type="checkbox"/> |
| Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée | | |
| ORIENTATION | | <input type="checkbox"/> |
| Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux | | |
| TOILETTE DU HAUT | | <input type="checkbox"/> |
| Assurer l'hygiène des régions intimes, membres supérieurs, mains rasage, coiffage (sauf dents et dos) | | |
| TOILETTE DU BAS | | <input type="checkbox"/> |
| Assurer l'hygiène des régions intimes, membres inférieurs et pieds (sauf les ongles) | | |
| HABILLAGE DU HAUT | | <input type="checkbox"/> |
| S'habiller, se déshabiller, se présenter, vêtements passés par les bras ou la tête | | |
| HABILLAGE MOYEN | | <input type="checkbox"/> |
| Fermeture des vêtements sur le corps (boutons, fermeture éclair, ceintures, bretelles, pressions) | | |
| HABILLAGE DU BAS | | <input type="checkbox"/> |
| Vêtements passés par le bas y compris chaussettes, bas, chaussures | | |
| ALIMENTATION SE SERVIR | | <input type="checkbox"/> |
| Couper sa viande, ouvrir un yaourt, peler un fruit, remplir son verre | | |
| MANGER : porter les aliments à sa bouche et avaler | | |
| - mixée | <input type="checkbox"/> | - doit être alimenté <input type="checkbox"/> |
| ELIMINATION URINAIRE | | <input type="checkbox"/> |
| Assurer l'hygiène de l'élimination | | |
| ELIMINATION ANALE | | <input type="checkbox"/> |
| Assurer l'hygiène de l'élimination anale | | |
| TRANSFERT | | <input type="checkbox"/> |
| Se lever, se coucher, s'asseoir | | |
| DEPLACEMENT A L'INTERIEUR avec ou sans canne, déambulateur | | |
| - se déplace seul | <input type="checkbox"/> | |
| - avec une canne | <input type="checkbox"/> | |
| - avec un déambulateur | <input type="checkbox"/> | |
| - avec l'aide d'une personne | <input type="checkbox"/> | |
| - avec l'aide de deux personnes | <input type="checkbox"/> | |
| - seul en fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> | |
| - resta assis au fauteuil la journée | <input type="checkbox"/> | |
| - reste au lit en permanence | <input type="checkbox"/> | |
| DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR | | <input type="checkbox"/> |
| Sortir spontanément sans moyen de transport | | |
| COMMUNICATION A DISTANCE | | <input type="checkbox"/> |
| Utiliser le téléphone, alarme, sonnette, télalarme dans un but d'alerter (en urgence) | | |
| SOINS TECHNIQUES INFIRMIERS | | |
| A si le soin dure moins d'une demi-heure par jour | | <input type="checkbox"/> |
| B si le soin dure entre une demi-heure et une heure | | <input type="checkbox"/> |
| C si le soin est supérieur à une heure | | <input type="checkbox"/> |

GIR =

ITEMS COMPLEMENTAIRES

Nécessité de surveillance d'un sujet à risque

(fugues, chutes à répétition, troubles majeurs de la déglutition, troubles du comportement gênant ou dangereux)

X – Pas de surveillance nécessaire

Y – Surveillance ponctuelle ou programmée

Z – Surveillance permanente ou seulement nocturne

Retentissement de l'état psychique sur la vie au quotidien

(absence d'initiatives, angoisses entravant l'activité)

X – Pas de surveillance nécessaire

Y – Nécessité d'une stimulation ou d'une présence ponctuelle

.....

Z – Nécessité de stimulations ou de présences répétées, voire permanente

Cachet :

Date :

Signature :