



# DOSSIER D'ADMISSION

## ACCUEIL DE JOUR

Date : .....

### PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : ..... Prénom(s) : ..... Sexe : .....

Consentement :      oui                  non                  indécise                  non-informée

### AIDANT PRINCIPAL

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'Accueilli(e) : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Portable : .....

### MEDECIN TRAITANT

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

### SOINS À DOMICILE

Nom : .....

Fréquence : ..... Horaires : .....

Type de transport :	Famille	Taxi	Ambulance		
Jours d'accueil souhaités :	L	M	M	J	V
Heures d'accueil souhaitées :	.....				

## HISTOIRE DE VIE

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Situation familiale : Marié(e)    Veuf(ve)    Divorcé(e)    Concubinage    Célibataire

Nombre d'enfants : .....

- Nom et prénom : .....
- Nom et prénom : .....
- Nom et prénom : .....
- Nom et prénom : .....
- .....

Frères, sœurs, neveux, etc. (nom, prénom, lieu de résidence) :

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

Profession ancienne : .....

Religion : .....

Anciens loisirs :

- Activités sportives et de plein air : .....
- Activités ludiques : .....
- Activités manuelles et artistiques : .....
- Activités culturelles : .....
- Activités sociales : .....

Animal de compagnie : .....

Evènements marquants (positifs et négatifs, date) :

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

## HABITUDES ALIMENTAIRES

- Nécessité d'**aide à l'alimentation** :            Oui                                    Non
  
- **Boissons** :            thé                                    avec sucre                                    sans sucre  
                                  café                                    avec sucre                                    sans sucre  
                                  chocolat                                    café au lait                                    tisane  
                                  eau gazeuse                                    jus de fruits                                    vin  
                                  autres : .....

Type de boisson bue dans la journée :.....

- **Aliments** :           Aliments particulièrement appréciés.....  
                                 .....  
                                 Aliments particulièrement non appréciés.....  
                                 .....  
                                 Collation :            oui                    non                   Heure : .....

Quantité :            beaucoup                    en adéquation                    peu

Consistance :            normale                    coupé                                    coupé fin  
                                  haché                                    mixé                                    semi-liquide

- **Régime particulier** :  
                                  aucun                                    anti-diarrhéique                    crème HP  
                                  sans alcool                                    diabétique                                    hépatique  
                                  pruneaux                                    sans ferment                                    hypocalorique  
                                  sans fibre                                    sans résidu                                    sans sel

- **Manie(s) alimentaire(s)** : .....

- Divers :

Aide au repas                    oui            non           Si oui quel type :.....

Allergies alimentaires            oui            non           Si oui lesquelles.....

Intolérances alimentaires            oui            non           Si oui lesquelles.....

Complément :                    oui            non           Si oui lesquelles.....

## CAPACITES SENSO-MOTRICES

- **Vision** :  en adéquation       mauvaise       non-voyant       lunettes
- **Audition** :  en adéquation       mauvaise       assez bonne       surdité  
 appareillage : droit      gauche      des deux côtés

- **Mobilité** :

*Moyen de locomotion :*

- aucun                                       avec 2 cannes                       avec 2 tiers
- avec un déambulateur                       avec 1 canne                       avec 1 tiers
- en fauteuil roulant                       en fauteuil coquille

*Lieu de déplacement :*

- à l'intérieur       à l'extérieur       en ville               au supermarché
- seul               accompagné

*Prothèse* :       oui                       non

- Aide à la **toilette** :                       oui                       non
- Port d'un **dentier** :                       oui       non       haut       bas
- **Elimination** :
  - aucun trouble                       ballonnements                       coliques
  - constipation                       diarrhée                       hémorroïdes
  - autre :
- Port de **protections** :       oui       non      Si oui, quel type .....
- Fréquence des **changes** :.....
- **Accompagnement aux WC** :       oui                       non

▪ **Communication :**

- Expression* :  en adéquation       difficulté d'élocution       mutisme
- Cohérence* :  en adéquation       épisodique       mauvaise
- Orientation temporelle* :  bonne       épisodique       mauvaise
- Orientation spatiale* :     bonne       épisodique       mauvaise

▪ **Comportement :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> désinhibition verbale                           | <input type="checkbox"/> désinhibition comportementale           |
| <input type="checkbox"/> agressivité verbale                             | <input type="checkbox"/> agressivité physique                    |
| <input type="checkbox"/> persévération idéique                           | <input type="checkbox"/> indifférence affective                  |
| <input type="checkbox"/> phobie <input type="checkbox"/> agitation       | <input type="checkbox"/> instabilité motrice                     |
| <input type="checkbox"/> hallucination <input type="checkbox"/> repli    | <input type="checkbox"/> cris <input type="checkbox"/> délire    |
| <input type="checkbox"/> sundowning <input type="checkbox"/> hyperphagie | <input type="checkbox"/> anorexie <input type="checkbox"/> fugue |

*Attitude à éviter* : .....

.....

*Attitude à adopter (rassurante, réconfortante)* : .....

.....

▪ **Humeur :**

- |                                       |  |                                     |                                    |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anxiété      | <input type="checkbox"/> dépression            | <input type="checkbox"/> euphorie   | <input type="checkbox"/> apathie   |
| <input type="checkbox"/> irritabilité | <input type="checkbox"/> idées suicidaires     | <input type="checkbox"/> mélancolie | <input type="checkbox"/> tristesse |
| <input type="checkbox"/> euphorie     | <input type="checkbox"/> labilité émotionnelle |                                     |                                    |

- Niveau de **sociabilité** :     bon       moyen       repli sur soi

- **Vie en groupe** :     appréciée       vie solitaire       difficile
- contacts superficiels       contacts approfondi

- Besoin de **sollicitation** :     oui       non       parfois

