



ASSOCIATION SAINT-JOSEPH

Association Loi 1901 – Reconnue d'Intérêt Général

www.association-saint-joseph.fr

Regroupement des EHPAD

- **Maison** Saint Joseph à NAY - *siège Social et Administratif*
- Maison Jeanne Elisabeth/Saint André à IGON
- Maison Sainte Marie à PAU

DATE : 01 2011

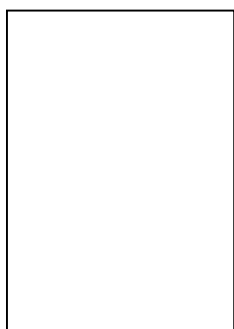
DOSSIER ACCUEIL TEMPORAIRE

Nom du résident : _____

Prénom : _____

Domicile : _____

Age : _____



PHOTO

Médecin traitant : _____

☎ : _____

Référent familial : _____

☎ : _____

Autres référents médicaux : _____

☎ : _____

: _____



RECUEIL DE DONNEES

DATE ENTREE :

DATE SORTIE :

MOTIF :

DEVENIR :

NOM :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU :

AGE :

DEPARTEMENT :
NIVEAU SCOLAIRE :

PROFESSION :

NATIONALITE :

ADRESSE PERSONNELLE (si la personne vit seule) :

ADRESSE DE LA FAMILLE LA PLUS PROCHE :
(et/ou FAIRE PARVENIR LA FACTURATION)

PERSONNES A PREVENIR / NUMEROS DE TELEPHONE

• **REGIME DE PROTECTION :**

TUTELLE Coordonnées

CURATELLE Coordonnées

SAUVEGARDE Coordonnées

• **CONDITION DE VIE :**

MAISON

VIT EN FAMILLE AVEC :

APPARTEMENT

VIT SEUL (E)

IDE

AIDE MENAGERE

CABINET INFIRMIER

KINE

ASSISTANTE SOCIALE Coordonnées

• **SITUATION FAMILIALE :**

CELIBATAIRE :

MARIE (E)

VEUF (VE)

CONCUBINAGE :

DIVORCE(E)

SEPARE (E)

• **NOM DU MEDECIN TRAITANT :**

ADRESSE :

N° de Tél. :

• **AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE OU D'HOSPITALISATION :**

HOPITAL

CLINIQUE

LAQUELLE

SIGNATURE FAMILLE OU TUTEUR

• **COUVERTURE SOCIALE :**

N° D'IMMATRICULATION :

CPAM

CAISSE MILITAIRE

MSA

MUTUELLE :

N° ADHERENT :

CARTE D'INVALIDITE : OUI NON

CAISSE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE :

ALLOCATION PERSONNALISE D'AUTONOMIE : OUI NON

TRANSPORT ASSURE PAR :

FAMILLE AUTRE

• **RYTHME DES PRISES EN CHARGE EN ACCUEIL :**

• **GIRAGE A L'ENTREE :**

GENEALOGIE

NOM DU PERE :

PRENOM :

NOM DE LA MERE :

PRENOM :

NOMBRE DE FRERES ET SŒURS :

NOMS – PRENOMS :

VIVANTS

DECEDES

• NOM DU CONJOINT :

• PRENOM :

• ANNEE DE MARIAGE :

• NOMBRE D'ENFANTS :

PRENOMS :

• NOMBRE DE PETITS – ENFANTS :

PRENOMS :

• NOMBRE D'ARRIERE PETITS – ENFANTS :

PRENOMS :

- **ATTACHEMENTS PARTICULIERS :**

- PERSONNES :

- ANIMAUX :

- OBJET :

- **EVENEMENTS PARTICULIERS :**

- DEUIL : Préciser

- DIVORCE : Préciser

- MALADIE : Préciser

- DEMENAGEMENT : Préciser

- **TROUBLES MAJEURS AYANT UNE REPERCUTION SUR LA VIE FAMILIALE ET RELATIONNELLE :**

- MEMOIRE :

- LANGAGE :

- COMPREHENSION :

- **ORIENTATION :**

- **ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE :**

- AGITATION : DIURNE

- NOCTURNE

- TROUBLE DU SOMMEIL : OUI

- NON

- **TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE :**

- OUI

- NON

TRAITEMENTS

DONNEES MEDICALES

- LE PATIENT EST-IL ALLERGIQUE ? Détail :

- SOINS PARTICULIERS

NATURE	FREQUENCE

EVALUATIONS

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE

Date :

Concernant :

Prise en charge depuis le :

Fréquence :

Groupe :

A : Autonomie totale
absence de trouble

B : Autonomie partielle
trouble partiel

C : Dépendance totale
trouble sévère

CRITERES D'EVALUATION	CRITERES D'AUTONOMIE			OBSERVATIONS
	A	B	C	
CAPACITE COGNITIVE				
Mémoire immédiate				
Mémoire récente				
Mémoire ancienne				
Compréhension				
Jugement, raisonnement				
Orientation temporelle				
Orientation spatiale				
Attention concentration				
Elocution				
Praxies				
Gnosies				
COMPORTEMENT				
Déambulation				
Agitation				
Agressivité verbale				
Agressivité gestuelle				
Opposition				
Passivité				
Repli – prostration				
CONTENU EMOTIONNEL				
Anxiété				
Peur				
Tristesse				
Pleurs				
Euphorie				
Bien-être				
Gaieté				

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER

- ✓ Photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité pour les célibataires.
- ✓ Photocopie attestation de droits sécurité sociale à jour. *Se rendre à la borne de la sécurité sociale pour mettre la carte vitale à jour puis demander au guichet l'attestation correspondante.*
- ✓ Photocopie de la carte de mutuelle.
- ✓ Photocopie de la dernière notification APA à domicile.

E. H. P. A. D. Saint Joseph*
Place Marcadieu – BP 20 - 64 800 NAY
Tél. : 05 59 61 06 79
Fax : 05 59 92 97 63
Mail : mdr.saint.joseph@orange.fr
marie@orange.fr
* **Siège Social et Administratif**

E. H. P. A. D. Jeanne Elisabeth-Saint André
49, rue du Pic du Midi - 64 800 IGON
Tél. : 05 59 92 90 28
Fax : 05 59 61 12 86

E.H.P.A.D Sainte Marie
35, avenue Péboué – 64 000 PAU
Tél. : 05 59 02 71 65
Fax : 05 59 02 68 18
Mail : maison-sainte-

[Association adhérente à la](#)

 **FEHAP** FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS