

DOSSIER DE CANDIDATURE en résidence de retraite non médicalisée

(résidence Autonomie, résidence avec services, ...)

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc et arrco

RÉSIDENT

Les Pins

Pilotée par l'APRR

A retourner, dûment complété, à :

A l'attention de : Mme Ernest, Médecin conseil
Adresse : 24, rue Gutenberg – 92100 Boulogne
E-mail : soins@pins-boulogne.com
Tél. : 01.46.99.61.90



Dossier médical

A mettre sous pli cacheté
Document confidentiel destiné au médecin de l'établissement
à dupliquer en autant de fois que d'établissements sollicités

Coordonnées du médecin ayant renseigné ce dossier :

Nom : Prénom :

Tél. : E-mail :

Nom du candidat :

Prénoms :

Date de naissance :

Raisons conduisant à une demande d'admission :

.....
.....

PROVENANCE (si différente du domicile)

- Autre domicile Court séjour Logement-foyer Moyen séjour EHPAD Long séjour
 Accueil spécifique Service spécifique

Si provenance d'un établissement, nom et adresse ou cachet de l'établissement :

.....

MEDECIN - TRAITANT

Nom et adresse :

.....

Tél. : E-mail :

A- Examen clinique

Taille :

Poids :

Douleurs : OUI NON

Si oui, localisation :

Amaigrissement : OUI NON

Si oui, progressif rapide

Remarques :

Escarres : OUI NON

Si oui, localisation :

Sonde : OUI NON

Précisez :

B- Antécédents

Maladies, interventions chirurgicales et chutes (date et lieu) :

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

C- Pathologies actuelles

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

Affections de longue durée OUI NON

Si oui, lesquelles :

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

D- Fonctions sensorielles

Vision : Avec lunettes Avec lentilles Cécité
 Suffisante dans la vie courante Difficile

Audition : Avec appareillage Difficile Surdité
 Suffisante dans la vie courante

E- Traitement médical actuel

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

Soins actuels

Infirmiers : durée sur 24 heures fréquence par semaine :
détailler : injections pansements dextro

Aides-soignants : durée sur 24 heures fréquence par semaine :

Kinésithérapeute : durée sur 24 heures fréquence par semaine :

Orthophoniste : durée sur 24 heures fréquence par semaine :

Oxygénothérapie : OUI NON
Si oui : sans aide avec aide continue discontinue

Nutrition :
 régime : préciser

troubles du comportement alimentaire : préciser

Prise en charge actuelle : Hôpital de jour Accueil de jour HAD Prise en charge psychiatrique

F- Comportement

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coopération | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Dynamisme | <input type="checkbox"/> Cris |
| <input type="checkbox"/> Passivité | <input type="checkbox"/> Déambulation intérieure |
| <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Errance extérieure |
| <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Opposition | <input type="checkbox"/> Réveils la nuit |
| <input type="checkbox"/> Episodes délirants | <input type="checkbox"/> Dépression |

Conduites addictives : préciser

G- Neurologie

Troubles de la marche : OUI NON

Troubles de l'équilibre : OUI NON

Chute : OUI NON

Date de la dernière chute :

H- Difficultés pour

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mémoire ancienne | <input type="checkbox"/> Mémoire récente | <input type="checkbox"/> Langage |
| <input type="checkbox"/> Orientation dans le temps | <input type="checkbox"/> Orientation dans l'espace | <input type="checkbox"/> Raisonnement |

I- GIR

Niveau : Date d'évaluation du GIR :

Date :

Signature & cachet :