



Résidence autonomie Daniel Sacleux
 Avenue des Marronniers
 59113 SECLIN
 Tél. 03.20.32.20.30



confidentiel

Questionnaire médical

Demande d'entrée à la R.A. D. Sacleux

Madame, Monsieur,

Votre patient (e) a fait une demande pour entrer à la Résidence autonomie Daniel Sacleux géré par le CCAS de la Ville de Seclin.

Pour cette raison, la Résidence doit disposer d'éléments afin de déterminer si son état est compatible avec une vie en établissement non médicalisé.

Dans le but d'aider à la prise de décision, nous vous demandons de remplir ce document indispensable à la procédure d'admission.

La Direction et le CCAS vous remercient par avance pour votre aide et espère que votre patient(e) pourra s'épanouir au sein de la Résidence.

▶ MEDECIN TRAITANT

NOM-Prénom.....

.....

ADRESSE et N° TEL.....

.....



**Date,
Signature du médecin traitant**

▶ DEMANDEUR

Civilité : Monsieur Madame

NOM de famille (de naissance) suivi du nom d'épouse et **Prénom(s)**

.....

Date de naissance :

▶ HOSPITALISATIONS récentes :

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

Taille	Poids
---------------	--------------

Antécédents médicaux et chirurgicaux	Pathologies actuelles

TRAITEMENTS en cours

SOINS palliatifs	Oui	Non
-------------------------	------------	------------

ALLERGIES connues :

CONDUITES à risque		
Alcool	Oui	Non
Tabac	Oui	Non
Autre	Précisez :	
Sevrage	Oui, depuis quelle date :	Non

FONCTIONS sensorielles		
Cécité	Oui	Non
Surdité	Oui	Non

RISQUE de fausse route	Oui	Non
-------------------------------	------------	------------

REEDUCATION

Kinésithérapie	Oui	Non
Orthophonie	Oui	Non
Autre (précisez)		

SYMPTOMES psycho - comportementaux	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Déambulations pathologiques		
Troubles du sommeil		

La personne présente-t-elle une pathologie contagieuse ?	Oui	Non
---	------------	------------

La personne peut-elle vivre de façon autonomie à la Résidence qui est une structure non médicalisée ?	Oui	Non
--	------------	------------

Aides techniques	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Déambulateur		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Prothèse		
Orthèse		
Pacemaker		
Autres (préciser) :		



Résidence autonomie Daniel Sacleux
Avenue des Marronniers
59113 SECLIN
Tél. 03.20.32.20.30



Evaluation de votre autonomie

Fiche récapitulative AGGIR à remplir par votre médecin traitant

Nom et Prénom du demandeur.....

Date de naissance.....

Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales	Ne fait pas	Ne fait plus Spontanément Totalemt Correctement Habituellement				Ne pose pas de problème
		S	T	C	H	
Transferts						
Déplacements intérieurs						
Toilette	haut					
	bas					
Elimination	urinaire					
	fécale					
Habillage	haut					
	moyen					
	bas					
Cuisine						
Alimentation	se servir					
	manger					
Suivi du traitement						
Ménage						
Alerter						
Déplacements extérieurs						
Transports						
Activités temps libre						
Achats						
Gestion						
Orientation	dans le temps					
	dans l'espace					
Cohérence	Communication					
	Comportement					

Date de l'évaluation

NOM, signature et cachet du médecin

GIR