

Résidence PALMOSA

QUESTIONNAIRE D'AUTONOMIE PREALABLE A L'ADMISSION

Ce document est à remplir par le candidat et à remettre à la Résidence PALMOSA,

NOM : PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Adresse :

.....Téléphone :

NOM ET SPECIALITE DU (DES) MEDECIN(S) SPECIALISTE(S) :

.....

Je soussigné(e)candidat à l'admission à la Résidence Palmosa, déclare sur l'honneur :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE SELON LA GRILLE AGGIR

(Entourez la réponse correspondante)

A : *Oui, seul*

B : *Plus ou moins, avec aide*

C : *Non, ne le fait pas*

COHERENCE : Vous comportez-vous de façon sensée ? A B C

ORIENTATION : Vous repérez-vous dans le temps et dans l'espace ? A B C

TOILETTE : Assurez-vous correctement votre hygiène corporelle ? A B C

HABILLAGE : Choisissez-vous et mettez-vous vos vêtements, ?
vous déshabillez-vous A B C

ALIMENTATION : Vous servez-vous et mangez-vous correctement ? A B C

CONTINENCE (urinaire, anale) : Gérez-vous votre état, y compris les protections ? A B C

TRANSFERTS : Vous levez-vous, vous asseyez-vous, vous couchez-vous ? A B C

DEPLACEMENTS : Vous déplacez-vous seul, avec ou sans matériel d'aide ? A B C

1) Souffrez-vous d'une **affection respiratoire et/ou d'allergie** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

2) Souffrez-vous d'une **affection cardio-vasculaire** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

3) Souffrez-vous d'une **affection ostéo-articulaire et musculaire** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

4) Souffrez-vous d'une **affection neurologique** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

5) Souffrez-vous d'une **affection psychique** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

6) Souffrez-vous d'une **affection ophtalmologique** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

7) Souffrez-vous d'une **affection oto-rhino-laryngologique** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

8) Souffrez-vous d'une **affection digestive** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

9) Souffrez-vous d'une **affection endocrinienne** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

10) Souffrez-vous d'une **affection dermatologique/allergique** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

11) Souffrez-vous d'une **affection génito-urinaire** ?

oui non

Si oui, êtes-vous suivi(e) par un spécialiste pour cette pathologie ?

oui non

Si oui, indiquer ses coordonnées :

.....
.....

Par ma signature, j'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à

le

Signature