

**ESSR LE PRIEURE - DEMANDE D'ADMISSION**  
**4 rue Bezout - 77212 AVON CEDEX**  
**(☎ : 01.64.69.62.15 - Fax : 01.64.69.64.98)**

Dossier à faire remplir par votre médecin traitant et à nous réexpédier

**Identité**

- Nom, prénom :
- Date de naissance :
- N° sécurité sociale :
- Situation familiale :
- Domicile :
- Téléphone :
- Profession :

**Documents à fournir**

- Pièce d'identité
- Carte vitale
- Carte mutuelle

**Coordonnées du service demandeur**

- Médecin ☎ :  
Fax :
- Assistant(e) de Service Social ☎ :  
Fax :
- Service de soins ☎ :  
Fax :

**Demande concernant :**            Hospitalisation complète             Hôpital de jour

**Date de la demande :**

**Date d'admission souhaitée :**

**Réhospitalisation possible dans le service**

**En cas de difficultés :**            ➔ d'ordre médical            oui             non   
   ➔ d'ordre social            oui             non

**Motif du choix du Prieuré**

- Proximité du domicile personnel
- Proximité de l'entourage
- Autre motif (préciser) :

- Présentation du Prieuré au patient, par l'établissement adresseur
- Accord du patient pour le transfert



## AUTONOMIE - DEPENDANCE

### Mobilité

	sans aide (ou avec 1 canne)	avec 2 cannes ou déambulateur	en fauteuil roulant	uniquement avec tierce personne
En chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Elimination

	Continence ☒ normale	Incontinence ☒ diurne	Incontinence ☒ nocturne	Continent ☒ si mené au WC	Sonde	Stomie
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### Actes de la vie quotidienne

	Seul(e)	A stimuler	Aide partielle	Aide totale
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Comportement

Agressivité	<input type="checkbox"/>	Agitation	<input type="checkbox"/>	
Fugues	<input type="checkbox"/>	Cris	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	Déambulation	<input type="checkbox"/>	

### Fonctions cognitives

Désorientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/>		
Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>		Normales <input type="checkbox"/>
Troubles du langage	<input type="checkbox"/>		

### Handicaps sensoriels

Surdité <input type="checkbox"/>	Cécité <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

(si oui, détailler le niveau du handicap)

## FICHE DE LIAISON SOCIALE

### Mode de vie actuel :

Seul(e)       Avec conjoint(e)       Avec enfant       Maison de retraite   
Foyer logement       SDF       Autres

### Remarques :

### Aides existantes :

Aide-ménagère       Téléalarme       Garde malade   
Repas à domicile       Soins à domicile       Par la famille   
Kinésithérapie       Par le voisinage

### Contact famille (nom, lien de parenté, adresse, téléphone) :

### Personne de confiance (nom, lien de parenté, adresse, téléphone) :

### Mesure de protection juridique :

Sauvegarde       Curatelle       Tutelle       En cours

### Devenir envisagé :

- Retour à la structure d'origine
- Retour avec mise en place d'aides à domicile
- Institutionnalisation (maison de retraite, foyer logement etc...)
- Autres

### Démarches entreprises :