|  |
| --- |
| **PN2013_nb_petit****Fondation Les Perce-Neige** |
| **Titre : Formulaire d'admission pour personnes cérébrolésées sévères** |
| Rédigé par : CB/RMQ | Processus : Autonomie restreinte – Maison de santé et de vie du Val-de-Travers |
| No : NUEVO 6.3.9.FR01 | Document : Formulaire |
| Version No : 1 | Du : 04.04.2017 | Validé par : CB | RMQ : | RMQ :  |

*A remplir par l'institution/famille avant l'arrivée du bénéficiaire de prestations*

|  |
| --- |
| **1. DONNEES DE BASE** |
|  Nom |  |
|  Prénom |  |
|  Sexe |  |
|  N° AVS |  |
| Date de naissance |  |
| Lieu d'origine |  |
|  Nationalité |  |
|  Etat civil |  |
|  Profession |  |
| No Compte IBAN  | CH |
| Nom et prénom de la/des personne/s de contact et adresse/s complète/s, nos de téléphone |  |
| Tél. en urgence chez (nom et tél.) |  |
| Médecin | € Traitant € Hospitalier € Autre:  |
| Nom/s et tél. du/des médecin/s |  |

|  |
| --- |
| **2. DONNEES COMPLEMENTAIRES** |
| Représentant thérapeutique |  € Oui € Non € Ne sait pas |
| Nom et tél. du représentant |  |
| Directives anticipées |  € En annexe € Déposées auprès de : |
| Caisse maladie + N° assuré/e |  |
| Caisse accident + N° assuré/e |  |
|  RC + N° assuré/e |  |
| Complémentaire + N° assuré/e |  |
| PC |  € Oui € Non € Démarches en cours € Ne sait pas |
| API |  € Oui € Non € Démarches en cours € Ne sait pas |
| AI |  € Oui € Non € Démarches en cours € Ne sait pas |

Nom et prénom du bénéficiaire :

|  |
| --- |
| **3. FAMILLE, ENTOURAGE** |

**Représentant légal / Curateur**

 Nom, adresse, tél.

Type de curatelle (joindre copie) € Portée gén. € Coopération € Représentation € Accompagn.

 Liens avec le/la patient/e € Conjoint/e € Fils/Fille € Autre:

|  |
| --- |
| **4. NIVEAU D’AUTONOMIE** |
| **Activités de la vie quotidienne** | **1** | **2** | **3** | **4** | **Activités instrumentales de la vie quotidienne** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Manger - boire € Sonde  |  |  |  |  | Utiliser le téléphone |  |  |  |  |
| Se laver |  |  |  |  | Entretenir son logement |  |  |  |  |
| S’habiller |  |  |  |  | Préparer les repas |  |  |  |  |
| Se déshabiller |  |  |  |  | Faire les courses |  |  |  |  |
| Entretenir sa personne |  |  |  |  | Faire la lessive, entretenir le linge |  |  |  |  |
| Continence vésicale € Sonde  |  |  |  |  | Prendre ses médicaments |  |  |  |  |
| Continence anale |  |  |  |  | Gestion administrative |  |  |  |  |
| Utiliser les toilettes |  |  |  |  | Gérer ses liens sociaux |  |  |  |  |
| **Mobilité** | **Facultés mentales** |
| Changer de position |  |  |  |  | Mémoire |  |  |  |  |
| Se déplacer à l’intérieur |  |  |  |  | Orientation dans le temps |  |  |  |  |
| Se déplacer à l’extérieur |  |  |  |  | Orientation dans l’espace |  |  |  |  |
| Utiliser les moyens de transport |  |  |  |  | Compréhension |  |  |  |  |
| Utiliser les escaliers |  |  |  |  | Légende pour l’ensemble de la grille :1. Autonome2. Surveillance/stimulation3. Exige de l’aide4. DépendantLégende pour la partie « Facultés mentales » :1. Autonome2. Troubles légers3. Troubles moyens4. Troubles sévères |
| Utilisation élévateur € Oui € Non  |
| Utiliser les moyens auxiliaires |  |  |  |  |
| € Cannes € Déambulateur  |
| € Chaise roulante € Autre:  |
| **Vision, audition** |
| Voir € Verres de contact € Lunettes  |  |  |  |  |
| Entendre € Appareil acoustique  |  |  |  |  |

Nom et prénom du bénéficiaire :

|  |
| --- |
| **5. BILAN DE SANTE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE AU MOMENT DU TRANSFERT** |
| **Somatique** | **Description / Actions entreprises / Résultats** |
| Diagnostic |  |
|  Respiration |  |
| Alimentation, hydratation |  |
|  Elimination (y.c. changement, pose) |  € Sondes et stomies |
|  Etat de la peau, plaies, cicatrices |  |
|  Coordination, posture, mobilité, etc. |  |
|  Chutes |  |
|  Addiction |  |
|  Médication |  |
|  Allergies |  |
|  Autres précisions concernant l’état général |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Psychique** | **Description** | **Actions entreprises** |
| Tristesse |  |  |
| Anxiété |  |  |
| Peut être auto-agressif dans les situations suivantes |  |  |
| Peut être agressif dans les situations suivantes |  |  |
| Déambule |  |  |
| Parle, crie ou se lève la nuit |  |  |
| Tendance à fuguer par désorientation |  |  |
| Tendance à fuguer volontairement |  |  |
| Autres, préciser |  |  |

 **Nom et prénom du bénéficiaire :**

|  |
| --- |
| **6. MOYENS AUXILIAIRES NECESSAIRES AU BENEFICIAIRE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A prévoir:** | **Vient avec:** |
|  | € Vue / lunettes |  |
|  | € Ouïe / appareil |  |
|  |  € Gastrostomie |
| € Barrières de lit |  € Casque de protection |
| € Lit adapté / special | € Lit adapté / special |
| € Coussin/s de positionnement | € Coussin/s de positionnement |
| € Contentions (joindre copie des mesures) | € Contentions (joindre copie des mesures) |
| € Attelles | € Attelles |
| € Fauteuil roulant | € Fauteuil roulant |
| € Rollator | € Rollator |
| € Autres: | € Autres: |

|  |
| --- |
| **7. PERSONNES RESSOURCES** |
| Nom, adresse, tél, fonction : Nom, adresse, tél, fonction : Nom, adresse, tél, fonction : |  |

Fait le ………………………………………………………à ………………………………………………………….

Signatures …………………………………………… …….……………………………………………………