SSIAD E.H.P.A.D. des ABERS

Date :

Evaluation des besoins de la personne à domicile

Nom :..... **Nom de naissance :**.....
Prénom :.....
Date de naissance : **Lieu de naissance :**.....
Situation familiale :.....
Adresse :.....
.....
Code Postal : **Ville :**.....

Tél. :

N° Sécurité Sociale : **Attestation fournie :** ❑ oui ❑ non

La personne bénéficie-t-elle de l'APA : ❑ oui ❑ non
Mesure de protection juridique : ❑ oui ❑ non
Si oui laquelle :

2 – Référent (Famille, Voisin)

Nom / Prénom	Lien	Adresse	Tél.

3 – Origine & Circonstance de la demande

Origine :

❑ Client
❑ Famille
❑ Service Social
❑ Autre :
❑ Médecin traitant
❑ Etablissement sanitaire
❑ C L I C

Circonstance :

❑ Sortie d'hôpital
Service : .....
❑ Maintien à domicile
❑ Autre :

L'entrée en SSIAD est-elle souhaitée par la personne : ❑ oui ❑ non

4 – Autres Intervenants

Médecin Traitant **Nom :** **Tél. :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Infirmière **Nom :** **Tél. :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Kinésithérapeute **Nom :** **Tél. :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fréquence :.....

Pharmacie **Nom :** **Tél. :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Aide à domicile **Nom :** **Tél. :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fréquence :.....

Hôpital si hospitalisation **Nom :** **Tél. :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Assistante sociale **Nom :** **Tél. :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Portage des repas **Nom :** **Tél. :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SSIAD E.H.P.A.D. des ABERS

Date :

5 – Environnement

① Vit seul ❑

② Vit avec une personne ❑ **Lien :** **Aidant :** ❑ **oui** ❑ **non**

7 – Informations recueillies - Pathologies

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

1 – Renseignements médicaux complémentaires

- **Antécédents médicaux :**.....
.....
- **Antécédents chirurgicaux :**.....
.....
- **Organes des sens** (douleur, malvoyant, non voyant, surdité, appareil auditif, verres de corrections, etc...) :.....
.....
- **Traitement :** **Préparé par :** **Donné par :**
- **Liste traitement :**.....
.....
.....
.....
- **Etat cutané :** ❑ **Peau saine** ❑ **Rougeur** ❑ **Escarres - localisation**
- **Oxygénothérapie à domicile :** ❑ **Oui** ❑ **Non** **Diabète :** ❑ **Oui** ❑ **Non**
- **Pacemaker :** ❑ **Oui** ❑ **Non** **Fistule AV :** ❑ **Oui** ❑ **Non** ❑ **Droite** ❑ **Gauche**
- **Allergies :**.....
- **Régime alimentaire :** ❑ **Oui** ❑ **Non** **Si oui, lequel ? :**.....

2 – Vie sociale

Habitudes de vie (heure repas, heure sieste, promenade) .....
.....
.....

Prend part à des activités associatives : ❑ oui ❑ non

Lesquelles ? .....

Quand ?..... Remarques éventuelles : .....

SSIAD E.H.P.A.D. des ABERS

Date :

Loisirs :

Lecture	❑ Journal	❑ Magazine	❑ Bulletin municipal	❑ Livres
Jeux de société	❑ Dominos	❑ Boules	❑ Autres	
Télé, radio	❑ Infos	❑ Films	❑ Feuilletons	
Loisirs	❑ Marche	❑ Promenade	❑ Bricolage	❑ Dessin
❑ Tricot	❑ Cuisine	❑ Couture	❑ Ménage	❑ Autre

❑ Pratiques religieuses ❑ oui ❑ non Religion :

3 – Habitat

Sanitaires

- Eau courante ❑ oui ❑ non
- Eau chaude ❑ oui ❑ non
- WC intérieurs ❑ oui ❑ non
- Equipement
  WC :.....
- Existence de salle de bains ❑ oui ❑ non
- Baignoire ❑ oui ❑ non
- Douche ❑ oui ❑ non

Accessibilité :

.....

Accessibilité

❑ Etage sans ascenseur ❑ Sol défectueux

❑ Présence de marche ou de niveaux différents

Equipement

❑ Type de chauffage :.....

Remarques :.....

❑ Electroménager ❑ Gaz ❑Electricité

❑ Absence de téléphone

Remarques générales sur le logement :.....

.....

La personne possède des animaux ❑ oui ❑ non

Lequel :..... Remarques éventuelles : .....

4 – Aides techniques existantes

Téléalarme	❑	Lit médicalisé	❑	Matériel à usage unique	❑
Fauteuil roulant	❑	Lève malade	❑	Autre :	❑
Canne (s)	❑	Chaise percée	❑	Autre :	❑
Déambulateur	❑	Matelas anti-escarres	❑	Propositions faites :	

SSIAD E.H.P.A.D. des ABERS

Date :

5 – Autonomie

		Ne fait pas	S	T	C	H	Code
1. Transferts		❑	❑	❑	❑	❑	
2. Déplacements à l'intérieur		❑	❑	❑	❑	❑	
3. Toilettes	haut	❑	❑	❑	❑	❑	
	Bas	❑	❑	❑	❑	❑	
4. Elimination	Urinaire	❑	❑	❑	❑	❑	
	Fécale	❑	❑	❑	❑	❑	
5. Habillage	Haut	❑	❑	❑	❑	❑	
	Moyen	❑	❑	❑	❑	❑	
	Bas	❑	❑	❑	❑	❑	
6. Cuisine		❑	❑	❑	❑	❑	
7. Alimentation	Se servir	❑	❑	❑	❑	❑	
	Manger	❑	❑	❑	❑	❑	
8. Suivi du traitement		❑	❑	❑	❑	❑	
9. Ménage		❑	❑	❑	❑	❑	
10. Alerter		❑	❑	❑	❑	❑	
11. Déplacements à l'extérieur		❑	❑	❑	❑	❑	
12. Transports		❑	❑	❑	❑	❑	
13. Activités du temps libre		❑	❑	❑	❑	❑	
14. Achats		❑	❑	❑	❑	❑	
15. Gestion		❑	❑	❑	❑	❑	
16. Orientation	Dans le temps	❑	❑	❑	❑	❑	
	Dans l'espace	❑	❑	❑	❑	❑	
17. Cohérence	Communication	❑	❑	❑	❑	❑	
	Comportement	❑	❑	❑	❑	❑	
Poids :.....	GIR						

Pour chaque item cochez :
NE FAIT PAS : si la personne ne fait jamais, même partiellement et même difficilement, s'il faut faire à la place ou faire faire ou TOUT REFAIRE

S, T, C, H : si la personne fait, même difficilement, quand les conditions pour l'adverbe NE SONT PAS REMPLIES

S *Spontanément*
T *Totalement*
C *Correctement*
H *Habituellement*

La synthèse des sous-variables 'colonne « code ») est fournie par les logiciels

A : fait spontanément, totalement, correctement et habituellement, aucun adverbe n'est coché

B : une partie des adverbes seulement est coché

C : ne fait pas est coché

6 – Evaluations des besoins en soins

Soins	Fréquence
Douche	
Toilette	
Pédiluve	
Shampoing	
Mobilisation	
Réfection lit	

Soins	Fréquence
Alimentation	
Aide au change	
Surveillance prise des médicaments	
Stimulation	
Soutien psychologique	
P. escarre	