



## ENTRETIEN DE PREADMISSION - AP

Date : ..... Rendez-vous le .....

### Demandeur,

Nom, Prénom ..... Lien de parenté .....

Adresse .....

☎ Domicile ..... ☎ Travail ..... ☎ Portable ..... Email : .....

### Autres contacts :

Parenté, Nom, ..... Prénom ..... Adresse ..... ☎ .....

.....

.....

.....

# POSTULANT

Age : ..... Poids .....

Nom d'usage ..... Prénom : ..... Nom de naissance ..... Né(e) le .....

Adresse actuelle : .....

.....

Nb d'enfants : ..... Profession ..... Veuf(ve) depuis le ..... Marié ..... Célibataire .....

**Domicile habituel,** depuis le ..... N° Sté Sale .....

Adresse : .....

.....

Pavillon  Appartement  en Etage  avec ascenseur  vit seul ou avec .....

**Aides à domicile :** Repas  Aide-ménagère  Auxil.vie  Infirmière  Aide-soignante

**Séjours en hôpital, SSR, Maison Repos, autres EHPAD :**

.....

.....

| <b>Autonomie :</b>        | <b>Postulant</b>              |                               |   | <b>Conjoint</b>               |                               |   |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|---|
| Déplacement               | seul <input type="checkbox"/> | aide <input type="checkbox"/> |   | seul <input type="checkbox"/> | aide <input type="checkbox"/> |   |
| Manger                    | seul <input type="checkbox"/> | aide <input type="checkbox"/> |   | seul <input type="checkbox"/> | aide <input type="checkbox"/> |   |
| Toilette                  | seul <input type="checkbox"/> | aide <input type="checkbox"/> |   | seul <input type="checkbox"/> | aide <input type="checkbox"/> |   |
| Habillage                 | seul <input type="checkbox"/> | aide <input type="checkbox"/> |   | seul <input type="checkbox"/> | aide <input type="checkbox"/> |   |
| Incontinence              | Jour <input type="checkbox"/> | Nuit <input type="checkbox"/> | Occasionnel <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Jour <input type="checkbox"/> | Nuit <input type="checkbox"/> | Occasionnel <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Gère ses médicaments seul | Oui <input type="checkbox"/>  | Non <input type="checkbox"/>  |   | Oui <input type="checkbox"/>  | Non <input type="checkbox"/>  |   |
| Régime (N/SS/D/H/M/K/SP)  | Oui <input type="checkbox"/>  | Non <input type="checkbox"/>  |   | Oui <input type="checkbox"/>  | Non <input type="checkbox"/>  |   |
| Allergies                 | Oui <input type="checkbox"/>  | Non <input type="checkbox"/>  |   | Oui <input type="checkbox"/>  | Non <input type="checkbox"/>  |   |

**Médecin traitant : Nom, adresse** ☎ .....

.....

Psychisme : .....

Relations avec la famille .....

A.P.A.(non, en cours, obtenue depuis le) ..... GIR...N° .....

Prise en charge financière : à Titre Privé  avec Aide Sociale  (dossier déposé le...) ..... Ressources mensuelles ..... Placements .....

Prothèses, Lunettes, Appareils dentaires, auditifs, Pace Maker .....

**Hospitalisation si nécessité** .....

**Commentaires** .....