



DOCUMENT D'ENREGISTREMENT FORMULAIRE

QUESTIONNAIRE MEDICAL A remplir par le médecin et la famille

SEJOUR RESEAU SOLIDAIRE



Madame, Monsieur,

La CMCAS des Yvelines et la commission Santé prévention proposent aux bénéficiaires pensionnés de plus de 75 ans d'EDF-GDF un séjour Solidaire.

Dans un environnement convivial et sécurisant, un programme d'activités est proposé selon le rythme de chacun et chacune (balades découverte du patrimoine, ...)

Ce séjour est construit pour rompre la solitude et le quotidien, faire une pause avec les difficultés de la vie, se ressourcer.

Pour participer à ce séjour, Il est nécessaire d'être autonome pour tous les actes de la vie quotidienne

➤ **DATE DE LA DEMANDE INITIALE :/...../.....**

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE :

NOM		PRENOM	
NIA		NOM CMCAS	
Tel		Mail	@
Adresse		CP ville	

EN CAS D'URGENCE, PERSONNE A CONTACTER :

Conjointe(e) ☐	Enfant ☐	Famille ☐	Ami/voisin ☐
Nom/Prénom :		Tel :	

BESOINS SUR LE CENTRE

- De matériel spécifique	☐ Lit médicalisé	☐ Chaise douche	☐ Réhausser WC
- Régime alimentaire particulier (Allergie alimentaire, régime diététique lié à une maladie)	Lequel ? Oui ☐		Non ☐
- D'un accompagnement para-médical	☐ IDE (infirmier d'état)	☐ Kiné	☐ Autre : _____
- Autres : à préciser			



DOCUMENT D'ENREGISTREMENT FORMULAIRE

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A remplir par le médecin et la famille

SEJOUR RESEAU SOLIDAIRE



AUTONOMIE

Votre patient peut-il sans aide :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Se déplacer dans un environnement proche | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Marcher plus de 30 mn | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Marcher plus d'1 heure | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Suivre un rythme d'activités et de déplacements « normal » | Oui ☐ | Non ☐ |

MOBILITE

Votre patient peut-il ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Rester debout quelques heures sans aide | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Se coucher ou se lever seul du lit | Oui ☐ | Non ☐ |
| - S'asseoir et se lever seul | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Faire sa toilette | Oui ☐ | Non ☐ |
| - S'habiller et se déshabiller seul | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Gérer ses repas (couper la viande, etc.) | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Se chausser et se déchausser seul | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Prendre ses médicaments seul | Oui ☐ | Non ☐ |
| - A-t-il des pertes de mémoire importantes ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - A-t-il des problèmes d'incontinence ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - A-t-il des signes de maladies dégénératives ? | Oui ☐ | Non ☐ |

MATERIEL DE DEPLACEMENT

Il est important d'apporter son matériel de déplacement

Dans le cas contraire, avez-vous besoin ?

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Béquilles, Canes | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Déambulateur | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Fauteuil | Oui ☐ | Non ☐ |

Le déplacement du lieu d'habitation au car sera effectué :

Par le bénéficiaire ☐

par la famille ☐



DOCUMENT D'ENREGISTREMENT FORMULAIRE

QUESTIONNAIRE MEDICAL A remplir par le médecin et la famille

SEJOUR RESEAU SOLIDAIRE



DESCRIPTION DES AIDES A LA PERSONNE AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

Chez vous, avez-vous ?

- Un aidant familial ou extra-familial qui passe dans la semaine	Oui ☐	Non ☐
- Une aide-ménagère	Oui ☐	Non ☐
- Une auxiliaire de vie	Oui ☐	Non ☐
- Une téléassistance	Oui ☐	Non ☐
- Un accompagnement para- médical (infirmière, kiné, etc.)	Oui ☐	Non ☐

AUTORISATION DE CONTACT DU MEDECIN EN CAS D'URGENCE ou D'HOSPITALISATION

Coordonnées médecin traitant et/ou spécialiste

Docteur :

Adresse :

☎ :

@ :

Pendant son séjour, le bénéficiaire doit se munir des dernières ordonnances de médicaments en cours de validité et de tous documents administratifs qu'il jugera nécessaires pour réaliser un accompagnement médical et/ou paramédical.

CACHET du Médecin

Date et Signature du médecin