



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) <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Famille <input type="checkbox"/> | Ami/voisin <input type="checkbox"/> |
| Nom/Prénom : | | Tel : | |

BESOINS SUR LE CENTRE

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



DOCUMENT D'ENREGISTREMENT FORMULAIRE

QUESTIONNAIRE MEDICAL A remplir par le médecin et la famille

SEJOUR RESEAU SOLIDAIRE



AUTONOMIE *Attention de bien lire le sens de la question*

Votre patient peut-il sans aide :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Se déplacer dans un environnement proche | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Marcher plus de 30 mn | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Marcher plus d'1 heure | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Suivre un rythme d'activités et de déplacements « normal » | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

MOBILITE *Attention de bien lire le sens de la question*

Votre patient peut-il ?

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

MATERIEL DE DEPLACEMENT

Il est important d'apporter **son propre** matériel de déplacement
Dans le cas contraire, avez-vous besoin ?

- | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Béquilles, Cannes | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Déambulateur | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Fauteuil | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Une aide-ménagère | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Une auxiliaire de vie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Une téléassistance | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Un accompagnement para- médical (infirmière, kiné, etc.) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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 Obligatoire