

**DEMANDE D'ADMISSION EN ESA SSV**

Date de prise en charge souhaitée :/...../.....

Usager : M. Mme Melle

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Profession :

Situation : Assuré Conjoint Ascendant Autre
 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf Autre

Adresse d'intervention :

Téléphone fixe : Portable :

N° Immatriculation Sécurité Sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _

Nom de la Sécurité Sociale :

 Attestation Sécurité SocialeProtection juridique : Oui Non Si oui, précisez :

Nom et téléphone :

APA : Oui Non En cours Nombre d'heures :



Intervenant	Nom	Adresse	téléphone
Médecin traitant			
Infirmier			
Kinésithérapeute			
Orthophoniste			
Neurologue			
Autre spécialiste			
Auxiliaire de vie			
Services sociaux			
Portage de repas			
Télé-alarme			
Matériel			
ENTOURAGE / AIDANT			



DEMANDE D'ADMISSION EN ESA SSV

Diagnostic :

Le diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non (Si non, renvoyer vers une consultation spécialisée chez un neurologue, en centre de mémoire ou médecin traitant)

Si oui, médecin neurologue référent :

Date de la dernière visite :/...../..... Un compte rendu a-t-il été fait ? Oui Non

La personne est-elle en possession d'une prescription médicale ? Oui Non

Y a-t-il une autre prise en charge associée (accueil de jour, hôpital de jour...) ? Oui Non

Si oui, laquelle :

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

Pathologie(s) principales(s) :

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

Traitement en cours :

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

Pathologie(s) secondaire(s) et/ou associée(s) :

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....
.....

**GRILLE AGGIR**

		A	B	C
COHERENCE	Communication			
	Comportement			
ORIENTATION	Dans le temps			
	Dans l'espace			
TOILETTE	Haut			
	Bas			
HABILLAGE	Haut			
	Moyen			
	Bas			
ALIMENTATION	Se servir			
	Manger			
ELIMINATION	Urinaire			
	Fécale			
TRANSFERT				
DEPLACEMENT	A l'intérieur			
DEPLACEMENT	A l'extérieur			
COMMUNICATION	A distance			

		A	B	C
GESTION				
CUISINE				
MENAGE				
TRANSPORT				
ACHATS				
SUIVI DU TRAITEMENT				
ACTIVITE DU TEMPS LIBRE				

Légende :

A : Fait seul, habituellement, totalement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : Ne fait pas