

A envoyer en même temps que le bulletin d'inscription

Vous envisagez de participer à un des séjours de vacances organisés par l'Union nationale des associations Alzheimer. Afin de vous proposer un accueil adapté, nous avons besoin de renseignements concernant l'état de santé de la personne malade. Veuillez tenir compte des recommandations suivantes :

- Ce questionnaire (de la page 13 à 15) doit être rempli en présence de son médecin.
- Les renseignements fournis ont un caractère contractuel.
- En cas de dissimulation ou de faux renseignements, la responsabilité de France Alzheimer sera dérogée.

Si la personne malade suit un traitement médical, prévoyez le stock nécessaire de médicaments pour la totalité du séjour.

Si une modification aux renseignements ci-dessous survient après votre inscription, veuillez avoir l'obligeance de nous en aviser.

Date du diagnostic ou à défaut des troubles : _____

Maladie diagnostiquée : _____

Classement Grille AGIR (cocher la case correspondante) :

1 2 3 4 5 6

Etat de l'humeur et du comportement

Dépression Désorientation spatio-temporelle

Apathie

Agressivité verbale

Agressivité physique

Si oui, fréquence : _____

Si oui, fréquence : _____

Déambulation nocturne

Risque de fugue

Déambulation diurne

Si oui, fréquence : _____

Si oui, fréquence : _____

Agitation

Si oui, fréquence : _____

Accidents

Chutes survenues dans les 30 derniers mois

Si oui, fréquence : _____ Conséquences : _____

Etat cutané

Escarres

Localisations : _____

Autres troubles cutanés

Localisations : _____

Régime

Sans sel

Sans sucre

Haché

Mixé

Allergies _____

Capacités de la personne malade

Cohérence : Se comporte de façon logique et sensée

Oui Non

Orientation : Se repère dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux

Oui Avec l'aide de l'aidant familial Avec l'aide d'un professionnel

Toilette : Assure son hygiène corporelle

Oui Avec l'aide de l'aidant familial Avec l'aide d'un professionnel

Habillage : S'habille, se déshabille

Oui Avec l'aide de l'aidant familial Avec l'aide d'un professionnel

Alimentation : Mange

Seul(e) Avec l'aide de l'aidant familial Avec l'aide d'un professionnel

Continence

Nuit

Oui Non

Jour

Oui Non

Transferts

Se lève

Oui Aidé(e) par un tiers Non

Se couche

Seul(e) Aidé(e) par un tiers

S'assoit

Seul(e) Aidé(e) par un tiers

Mobilité

Seul(e) Avec déambulateur

Avec canne En fauteuil roulant

Fatigable à la marche Oui Non

Pace maker Oui Non

Taille : _____ Poids : _____

Appareil dentaire Oui Non

La personne malade fait-elle appel aux services de soins et de maintien à domicile ?

Oui Non

Si oui, combien d'heures/semaine : _____

La personne malade est-elle hébergée en institution ?

Oui Non

Autres pathologies _____

Traitement actuel détaillé _____

Nom du médecin _____

Numéro de téléphone du médecin _____

Signature et cachet du médecin

A _____, le