

Demande d'hébergement.

Date: / /

Madame / Monsieur

Date de naissance

Domicile

.....

Médecin traitant

Motif de la demande

.....

Besoins d'hygiène

- ☐ Seul
- ☐ Avec aide

Besoins de mobilisation

- ☐ Se déplace seul
- ☐ Se déplace avec aide :
 - ☐ D'un tiers
 - ☐ Aide mécanique
 - Cadre de marche
 - Canne
 - chaise roulante

Incontinence

- ☐ Non
- ☐ oui
 - Jour
 - Nuit

Régime alimentaire

- ☐ Non
- ☐ oui

Trouble du comportement

- ☐ Non
- ☐ oui
 - ☐ Désorientation
 - Temps
 - Espace

Personne de contact

.....

Remarque

.....

.....

.....

.....

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