



EHPAD de la Mutuelle des Réalisations Sanitaires & Sociales  
du personnel du groupe RATP (M2SR)

## Questionnaire médical

A faire remplir par le médecin traitant  
à retourner au médecin coordonnateur sous pli  
confidentiel à l'adresse ci-contre

**EHPAD Paris-Bastille**

24 rue Amelot

75 011 PARIS

### Résidant(e)

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à .....

Poids : ..... Taille : .....

Siège :

Mutuelle  
des  
Réalisations  
Sanitaires  
&  
Sociales du  
personnel  
du groupe  
RATP  
(M2SR)

62, Quai de  
la Râpée  
75 582  
Paris  
cedex 12

Tel.  
01.58.76.87.44



GRUPE MUTUALISTE R/

### CARDIO-VASCULAIRE

• ANTECEDENTS : .....

Hospitalisation pour affection cardiovasculaire  Oui  Non

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Motif .....

• ETAT ACTUEL : TA : ..... Pouls : .....  
Pathologies : .....

• TRAITEMENT A VISEE CARDIO VASCULAIRE : .....

### PULMONAIRE

• ANTECEDENTS : .....

Hospitalisation pour affection pulmonaire  Oui  Non

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Motif .....

• ETAT ACTUEL : Dyspnée  Oui  Non  
Pathologies : .....

• TRAITEMENT A VISEE PULMONAIRE : .....



## TROUBLES METABOLIQUES

- Diabète insulino-dépendant :  Oui  Non
- Autres perturbations : .....
- Régime alimentaire :  Oui  Non Lequel : .....
- TRAITEMENT ACTUEL : .....

## ALLERGIES

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

## VALIDITE

- VUE :  
 Bonne  Moyenne  Faible  Cécité
- AUDITION :  
 Bonne  Moyenne  Faible  surdité totale  
Port d'une prothèse auditive  Oui  Non
- DENTITION :  
 Bonne  Moyenne  Nulle  
Port d'une prothèse dentaire  Oui  Non
- INCONTINENCE :  
Urinaire :  Intermittente  Permanente  Diurne  Nocturne  
Anale :  Intermittente  Permanente  Diurne  Nocturne
- MODE DE VIE :  
Tabagisme : nombre de cigarette par jour : .....
- Alcool : quantité par jour : .....
- La personne nécessite-t-elle des soins particuliers :  Oui  Non
- Lesquels : .....

## CONCLUSION DU MEDECIN

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

Date : \_\_\_\_\_

Signature

# GRILLE AGGIR

NOM :

PRENOM :

Critères de codage de l'autonomie : A= Fait seul habituellement B= Fait partiellement C= Ne fait pas

Cocher les cases correspondantes

VARIABLES DISCRIMINANTES	DEPENDANCE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	EVALUATION		
		A	B	C
<b>Cohérence</b>	<i>Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises</i>			
<b>Orientation</b>	<i>Se repérer dans le temps, les moments de la journée (jour et nuit, matin et soir) et dans les lieux habituels</i>			
<b>Toilette</b>	<i>Faire seul, habituellement et correctement sa toilette du haut et du bas du corps</i>	HAUT		
		BAS		
<b>Habillage</b>	<i>S'habiller se déshabiller seul, totalement et correctement</i>	HAUT		
		MOYEN		
		BAS		
<b>Alimentation</b>	<i>Se servir et s'alimenter seul et correctement On considère que les aliments sont déjà préparés</i>	SE SERVIR		
		MANGER		
<b>Elimination</b>	<i>Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale</i>	URINAIRE		
		FECALE		
<b>Transfert</b>	<i>Se lève (du lit du canapé), se couche et s'assoit seul</i>			
<b>Déplacement intérieur</b>	<i>Pouvoir se déplacer seul à l'intérieur (éventuellement avec canne, déambulateur, fauteuil roulant)</i>			
<b>Déplacement extérieur</b>	<i>Pouvoir se déplacer seul à l'extérieur en tenant compte de l'environnement : obstacles, escaliers, transport en communs</i>			
<b>Communication à distance</b>	<i>Utilisation des moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) dans le but alerter</i>			

GIR :

Date :

Cachet et signature