

Situation de la personne faisant l'objet d'une demande					
Nom, prénom DDN (étiquette)					
Adresse					
Coordonnées personne référente.					
Statut infectieux	Covid+ confirmé via PCR : <input type="checkbox"/> + Date du test : Personnes présentant des symptômes Covid+ : <input type="checkbox"/> Patient non COVID : <input type="checkbox"/> date PCR :				
Provenance de la personne	MCO, UGA, SSR, UCC, USLD Coordonnées service demandeur : Médecin : Cadre : Assistante sociale :				
ATCD					
Traitements en cours	Oxygène <input type="checkbox"/> Sonde urinaire à demeure <input type="checkbox"/>				
Histoire de la maladie					
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Idées délirantes <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Apathie <input type="checkbox"/> Désinhibition		<input type="checkbox"/> Désinhibition <input type="checkbox"/> Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i>) <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Besoin d'unité protégée		
Dépendance		AVQ	Indépendance complète	Assistance partielle	Assistance totale
	Toilette				
	Habillage				
	Locomotion				
	Transferts				
	Alimentation				
	Contenance				
Projet de sortie du dispositif	<input type="checkbox"/> retour à domicile <input type="checkbox"/> entrée en EHPAD				
Démarches en cours :	<input type="checkbox"/> APA (MDS Lagny /Roissy) <input type="checkbox"/> ASH <input type="checkbox"/> Protection juridique (TI lagny/Meaux/Melun) <input type="checkbox"/> Demande EHPAD quels EHPAD : <input type="checkbox"/> soins IDE				