

 CENTRE HOSPITALIER VILLEFRANCHE DE ROUERGUE CH Direction qualité GDR	Fiche	Référence : 3253 Version : 1
	SMR : Formulaire de pré admission HDJ SMR Parachut	Date de diffusion : 16/02/2026 Page 1 sur 3

Dossier d'admission PARACHUT

Nom :	Prénom :
Sexe : ☐ Homme	☐ Femme
Date de naissance :	Age > 65 ans : ☐ oui ☐ non
ATCD :	
TT (ou joindre l'ordo) :	
P :	T : IMC :
ADL :	

Tel : Personne à contacter (*si différent du patient*) :

Mail :

Adresse :

Médecin référent :

Equipe de proximité :

Présence d'un Trouble neuro cognitif : ☐ ne sait pas ☐ oui ☐ non

Si « ne sait pas » : faire le Step 1 ICOPE ou : le patient sait il s'orienter dans le temps et l'espace ? ☐ oui ☐ non

Y a-t-il eu une fracture dans les 3 derniers mois ? ☐ oui ☐ non

Le patient a-t-il présente une chute ? ☐ oui ☐ non

Le patient est il a risque de chute ? (Mais n'a jamais chuté) ☐ oui ☐ non

Y a-t-il un bilan de chute qui a été réalisé (si nécessaire) ? ☐ oui ☐ non

Si oui : CR des exams

Lieu de vie :

Projet social, démarches en cours :

Date :

Médecin traitant informé : ☐ OUI ☐ NON

(Joindre courrier d'adressage)

Signature :

 CENTRE HOSPITALIER VILLEFRANCHE DE ROUERGUE CH Direction qualité GDR	Fiche	Référence : 3253
	SMR : Formulaire de pré admission HDJ SMR Parachut	Version : 1 Date de diffusion : 16/02/2026 Page 2 sur 3

Pré questionnaire :

Répondre AVEC une personne de l'entourage et un de vos soignants (médecin, IDE)

Les questions portent sur la dernière chute, mais aussi sur celles dont vous vous souvenez, notamment celles survenues en présence de témoins.

• Conséquences de la chute :

	OUI	NON
Y a-t-il eu un traumatisme physique ? *		
Le séjour au sol a-t-il dépassé une heure ? *		
La personne a-t-elle pu se relever seule après la chute ? *		
La personne a-t-elle pu se tenir debout sans aide après la chute ?		
La personne a-t-elle peur de faire une nouvelle chute ? *		
Y a-t-il une restriction des activités de la vie quotidienne depuis la chute ? *		

• Pathologie responsable de la chute :

	OUI	NON
Y a-t-il eu un malaise et/ou une perte de connaissance au moment de la chute ?		
Y a-t-il eu un déficit neurologique sensitivomoteur constitué ou transitoire ?		
Y a-t-il eu un trouble de la conscience ?		
Y a-t-il eu un vertige (sensation erronée de déplacement rotatoire de l'espace ou du corps dans l'espace) ?		
Y a-t-il eu un état fébrile ou une pathologie infectieuse précédant la chute ?		
Y a-t-il eu prise d'un médicament hypoglycémiant ?		
Y a-t-il eu une augmentation de la fréquence des chutes ces dernières semaines ? *		
La personne a-t-elle une ostéoporose sévère ? *		
La personne prend-elle un (ou des) médicament(s) anticoagulant(s) ? *		
La personne vit-elle seule ? *		
La personne a-t-elle des aides à domicile ?		

 CENTRE HOSPITALIER VILLEFRANCHE DE ROUERGUE Direction qualité GDR	Fiche	Référence : 3253 Version : 1
	SMR : Formulaire de pré admission HDJ SMR Parachut	Date de diffusion : 16/02/2026 Page 3 sur 3

Grille ADL (Indice de KATZ)

Toilette	Aucune aide	1	Total /6
	Aide, pour une seule partie du corps	0.5	
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0	
Habillage	Aucune aide	1	
	Aide pour lacer ses chaussures, boutonner, ouvrir et fermer une fermeture éclair	0.5	
	Aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller	0	
Aller au WC (s'essuyer et se rhabiller)	Aucune aide humaine (peut utiliser cannes, FR..)	1	
	Besoin d'une aide	0.5	
	Ne va pas au WC	0	
Transfert Locomotion	Aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever (peut utiliser une AT de marche)	1	
	Besoin d'aide	0.5	
	Ne quitte pas le lit	0	
Continence	Contrôle complet urine et selle	1	
	Incontinence occasionnelle	0.5	
	Incontinence totale, nécessiter d'un sondage ou surveillance permanente	0	
Alimentation	Aucune aide	1	
	Aide pour couper la viande ou beurrer le pain	0.5	
	Aide complète ou alimentation artificielle	0	