

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTE

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance : ___ / ___ / _____

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone)

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (noms des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS

OUI	NON
OUI	NON

Si oui, précisé

ALLERGIES

CONDUITES A RISQUE	OUI	NON
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PORTAGE DE BACTERIE MILTIRESTANTE

NE SAIS PAS OUI NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI	NON
-----	-----

Cécité

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Surdité

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI	NON
-----	-----

REEDUCATION

OUI	NON
-----	-----

Kinésithérapie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Orthophonie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Autre (préciser)

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOCUMENT MEDICAL METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

A B C

OUI NON

Transfert				
	A l'intérieur			
Déplacements				
	A l'extérieur			
Toilettes	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Idées délirantes			
Hallucinations			
Agitation, agressivité (cris,...)	OUI	NON	
Dépression			
Oxygénothérapie			
Anxiété			
Sondes d'alimentation			
Apathie			
Sondes trachéotomie			
Désinhibition			
Sonde urinaire			
Comportements moteurs			
Gastronomie			
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sortie non accompagnées...)			
Colostomie			
Troubles du sommeil			
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)			
Chambre implantable			
Dialyse péritonéale			

Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

Orientation	Temps			
	Espace			

SOINS TECHNIQUES

APPAREILLAGES

Communication pour alerter			
Cohérence			

OUI NON

PANSEMENT OU SOINS CUTANES

Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ;;;)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

Adresse N°Voie, rue, boulevard

Code postal __/__/__/__/__ Commune/Ville

Date __/__/____

Signature

Cachet du
Médecin

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a signature and a medical stamp. It is positioned to the right of the text labels.