

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

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

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

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

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

--

PATHOLOGIES ACTUELLES

--

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

--

SOINS PALLIATIFS OUI NON **ALLERGIES** OUI NON Si oui, préciser

--

CONDUITES A RISQUE OUI NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

--

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI NON

Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION

OUI NON

Kinésithérapie
Orthophonie

Autre (préciser)

--

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

A B C

Transfert			
Déplacements	A l'intérieur		
	A l'extérieur		
Toilette	Haut		
	Bas		
Elimination	Urinaire		
	Fécale		
Habillage	Haut		
	Moyen		
	Bas		
Alimentation	Se servir		
	Manger		
Orientation	Temps		
	Espace		
Communication pour alerter			
Cohérence			

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

OUI NON

Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (<i>cris...</i>)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i>)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

OUI NON

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

SOINS TECHNIQUES

OUI NON

Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES

OUI NON

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

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