

DOSSIER MEDICAL UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DEPENDANTES

Document médical confidentiel - à mettre sous pli confidentiel

1 PERSONNE CONCERNÉE

NOM/PRENOM

Date de naissance

2 MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

autres (préciser) :

3 TAILLE

POIDS

4 FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité oui non

Surdité oui non

5 RISQUE DE FAUSSE ROUTE

oui non

6 REEDUCATION

kinésithérapie oui non

orthophonie oui non

autres (préciser)

7 DONNÉES SUR L'AUTONOMIE*

		A	B	C
Transfert				
Déplacements	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	haut			
	bas			
Elimination	urinaire			
	fécale			
Habillage	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

8 SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	oui	non
idées délirantes		
hallucinations		
agitation, agressivité (cris...)		
dépression		
anxiété		
apathie		
désinhibition		
comportement moteur		
aberrant (dont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déambulation pathologique...)		
troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 SOINS TECHNIQUES

	oui	non
sondes à oxygène		
sondes d'alimentation		
sonde trachéotomie		
sonde urinaire		
gastrostomie		
colostomie		
urétérostomie		
appareillage ventilatoire		
chambres implantables		
dialyse péritonéale		

10 PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉS

	oui	non
soins d'ulcère		
soins d'escarres		
localisation:	<input type="text"/>	
stade:	<input type="text"/>	
durée du soin:	<input type="text"/>	
type de pansement:	<input type="text"/>	

11 APPAREILLAGES

	oui	non
fauteuil roulant		
lit médicalisé		
matelas anti-escarres		
déambulateur		
orthèse		
prothèse		
pace-maker		
autres (préciser):	<input type="text"/>	

12 **ANTECEDENTS**

médicaux	
chirurgicaux	

16 **PATHOLOGIES ACTUELLES**

--	--

20 **TRAITEMENTS EN COURS**
ou joindre la dernière ordonnance
 (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

--	--

13 **GERE SEUL SON TRAITEMENT**

	oui	non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 **AUTRES SOINS**

	oui	non
soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 **ALLERGIES (DONT MEDICAMENTEUSES)**

	oui	non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser :

18 **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"/>
autres (préciser) :		

21 **COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES**

--	--

15 **PORTAGE DE BACTERIE MULTIREsISTANTE**

	ne sait pas	oui	non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser (localisation, etc) :

19 **MEDECIN TRAITANT**

NOM/PRENOM

Commune

N° de téléphone

mèl:

22 **DATE**
NOM ET FONCTION DU MEDECIN
QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER

SIGNATURE

*A - fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement
 B - fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement
 C - ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement