

**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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, préciser (localisation, etc.) |
| Tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Préciser la date du dernier prélèvement |
| Sevrage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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 (cris...) | | |
| Dépression | | |
| Anxiété | | |
| Apathie | | |
| Désinhibition | | |
| Comportements moteurs | | |
| Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...) | | |
| 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 (préciser) | | |

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