

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

**DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur  Madame

NOM de famille (de naissance)  
(Suivi, s'il y a lieu par le 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 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, précisé

CONDUITE A RISQUE

OUI

NON

Alcool

Tabac

Sevrage

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

NE SAIT PAS

OUI

NON

Si oui préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

 cm

Poids

 Kg

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'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**DONNEES SUR L'AUTONOMIE**

		A	B	C
Transferts				
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 ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i> )		
Troubles du sommeil		

**SOINS TECHNIQUES**

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

**APPAREILLAGES**

	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
orthèse		
Prothèse		
Pacemaker		
Autres (préciser)		

**PANSEMENTS OU SOINS CUTANES**

	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

Localisation \_\_\_\_\_

Stade \_\_\_\_\_

Durée de 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