

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 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, préciser

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------------	-----	-----

	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Si oui, préciser (localisation, etc.)  
Préciser la date du dernier prélèvement

Taille    cm

Poids    Kg

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité     OUI     NON   
Surdité     OUI     NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI     NON

REEDUCATION

Kinésithérapie    OUI     NON   
Orthophonie        OUI     NON   
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
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

<sup>1</sup> A : fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement  
<sup>2</sup> B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement  
<sup>3</sup> C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement