

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

Document médical confidentiel - à mettre sous pli confidentiel

1 PERSONNE CONCERNEE

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

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

5 RISQUE DE FAUSSE ROUTE

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

6 REEDUCATION

	oui	non
kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres (préciser) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 DONNEES SUR L'AUTONOMIE*

		A	B	C
Transfert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication pour alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

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

9 SOINS TECHNIQUES

	oui	non
sondes à oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sondes d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonde trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
urétérostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
appareillage ventilatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chambres implantables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dialyse péritonéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

	oui	non
soins d'ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pace-maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres (préciser): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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**

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

18 **CONDUITES A RISQUE**

alcool	oui	non
tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 **COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES**

--

14 **ALLERGIES (DONT MEDICAMENTEUSES)**

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

Si oui, préciser :

19 **MEDECIN TRAITANT**

NOM/PRENOM	
Commune	
N° de téléphone	
mèl:	

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

SIGNATURE

15 **PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**

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

Préciser (localisation, etc) :

*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