

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (2 pages)**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**Civilité : Monsieur  Madame Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du 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**  **ALLERGIES**  Si oui, préciser**CONDUITES A RISQUE** **PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**NE SAIT PAS  OUI  NON 

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

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'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		1	2	3
		A	B	C
1	Transfert			
2	Déplacements	A l'intérieur		
		A l'extérieur		
3	Toilette	Haut		
		Bas		
4	Elimination	Urinaire		
		Fécale		
5	Habillage	Haut		
		Moyen		
		Bas		
6	Alimentation	Se servir		
		Manger		
7	Orientation	Temps		
		Espace		
8	Communication pour alerter			
9	Cohérence			

**PANSEMENTS OU SOINS CUTANES** OUI NON

Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

Localisation	
Stade	
Durée du soin	
Type de pansement	

**SYMPTOMES PSYCHO - COMPORTEMENTAUX** OUI NON

Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité ( <i>cris...</i> )		
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		
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 ( <i>préciser</i> )		

**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

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