

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

**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**

<b>POIDS</b>		

**4 FONCTIONS SENSORIELLES**

	Oui	Non
Cécité		
Surdité		

**5 RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

	Oui	Non

**6 REEDUCATION**

	Oui	Non
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autres (préciser)		

**7 DONNEES SUR L'AUTONOMIE**

		A	B	C
Transfert				
Déplacements	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	haut			
	bas			
Elimination	urinaire			
	fécale			
Habillage	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

**8 SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportement moteur		
Aberrant (dont déambulation		
Troubles du sommeil		

**9 SOINS TECHNIQUES**

	Oui	Non
Sondes à oxygène		
Sondes d'alimentation		
Sonde trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire		
Chambres implantables		
Dialyse péritonéale		

**10 PANSEMENTS OU SOINS CUTANES**

	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée de soins		
type de pansement		

**11 APPAREILLAGES**

	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser) :		

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

12 ANTECEDENTS	
Médicaux	
Chirurgicaux	

16 PATHOLOGIES ACTUELLES

17 AUTRES SOINS			
		Oui	Non
Soins palliatifs			

18 CONDUITES A RISQUE		
	Oui	Non
Alcool		
Tabac		
Sevrage		
Autres (préciser)		

13 GERE SEUL SON TRAITEMENT		
	Oui	Non

19 MEDECIN TRAITANT	
Nom/Prénom	
Commune	
N° de téléphone	
Adresse mail :	

14 ALLERGIES (DONT MEDICAMENTEUSES)		
	Oui	Non
si oui, préciser :		

20 Commentaires et recommandations éventuelles

15 PORTAGE DE BACTERIE MUTIRESISTANTE			
	Ne sait pas	Oui	Non
Préciser (Localisation etc)			

