

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

POIDS

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

Transfert

A

B

C

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

Coherence

8 SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Oui

Non

Idees 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
totalemnt, 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		

Oui	Non
-----	-----

18 CONDUITES A RISQUE

Alcool			
Tabac			
Sevrage			
Autres (préciser)			

Oui	Non
-----	-----

13 GERE SEUL SON TRAITEMENT

Oui	Non
-----	-----

14 ALLERGIES (DONT MEDICAMENTEUSES)

Oui	Non
-----	-----

	Oui	Non
--	-----	-----

15 PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

	Ne sait pas	Oui	Non
Préciser (Localisation etc)			

Préciser
(Localisation etc)

20 Commanditaires et recommandations éventuelles

21 TRAITEMENTS EN COURS

[illegible]

22 Date:

**Nom et fonction du médecin :
qui a renseigné le dossier**