

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

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité: Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  Prénom(s)   
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

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**  OUI  NON

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**  NE SAIT PAS  OUI  NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser (localisation, etc.) Préciser la date du dernier prélèvement
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Taille  Poids

**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'HERGEMENT  
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			

**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 (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
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 (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