

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

Taille             Poids

|                               |   |   |   |                    |   |
|-------------------------------|---|---|---|--------------------|---|
| <b>FONCTIONS SENSORIELLES</b> | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>RISQUE DE FAUSSE ROUTE</b>                             | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>REEDUCATION</b> | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Cécité                        | <input type="checkbox"/>                                  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |   | Kinésithérapie     | <input type="checkbox"/>                                  |
| Surdité                       | <input type="checkbox"/>                                  |   |   | Orthophonie        | <input type="checkbox"/>                                  |
|                               |   |   |   | Autre (préciser)   | <input type="text"/>                                      |

**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                  |               |   |   |   |

| 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  |     |     |

| PANSEMENTS OU SOINS CUTANES | OUI | NON |
|-----------------------------|-----|-----|
| Soins d'ulcère              |     |     |
| Soins d'escarres            |     |     |
| Localisation                |     |     |
| Stade                       |     |     |
| Durée du soin               |     |     |
| Type de pansement           |     |     |

| 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