

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

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : M. ou Mme

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

Date de naissance

Prénom(s)

**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 MULTIRESISTANTE**

NE SAIT PAS

OUI

NON

Alcool

Tabac

Sevrage

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Taille**

**Poids**

**FONCTIONS SENSORIELLES**

OUI  NON

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

OUI  NON

**REEDUCATION**

OUI  NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

Cécité

Surdité

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

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

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**DONNEES SUR L'AUTONOMIE**

A B C

|                            |               |  |  |
|----------------------------|---------------|--|--|
| <b>Transfert</b>           |               |  |  |
| 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                            |  |  |
| Gastrotomie                               |  |  |
| 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

ADR   
ESSE

Prénom(s)

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du  
médecin