

Dossier médical d'admission

NOM:

PRENOM:

Date:

Signature du médecin auteur de la demande:

Date:

Avis du médecin coordonnateur:

Signature:

Ce dossier est à faire compléter par le médecin traitant ou le médecin du service hospitalier et à remettre au plus tard une semaine avant la date d'entrée dans l'établissement **sous pli cacheté** à l'intention du médecin coordonnateur de la résidence.

A réception du dossier complet ci-joint, le médecin coordonnateur de l'établissement confirmera ou infirmera l'admission du résidant.

Nous vous remercions par avance de remplir soigneusement ce dossier médical. Il concerne l'état de santé d'une personne que vous suivez. La précision de vos renseignements contribuera à une prise en charge adaptée de votre patient.

ETAT CIVIL / ADMINISTRATIF

Nom:

Prénom:

Nom de jeune fille:

Date de naissance:

Actuellement, la personne est:

A domicile

En structure hospitalière

En institution

En Service de soins de suite et de Réhabilitation (SSR)

Lorsque la demande est effectuée par un établissement:

Nom de l'établissement:

Adresse:

Service:

Tél / Fax:

Nom du médecin qui effectue la demande:

Téléphone:

Médecin traitant:

Nom:

Adresse:

Téléphone:

DOSSIER MEDICAL

Motifs de la demande d'admission en maison de retraite:

.....
.....
.....
.....
.....

Accord de l'intéressé:

Est-il informé de son admission en EHPAD? Oui Non

Est-il consentant? Oui Non

Existence d'une ALD: Oui Non

Motifs de l'ALD:

.....
.....
.....
.....
.....

Constantes:

- Poids:
- Taille:
- T.A:
- Fréquence Cardiaque:
- Groupage Rhésus:

Pathologie évolutive actuelle:

.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents médicaux:

.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents chirurgicaux:

.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents obstétricaux:

.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents psychiatriques:

.....
.....
.....
.....
.....

Risques:

- Fausse route Infection à BMR Allergies (connues et documentées) Chutes TS

Vaccinations / date des derniers rappels:

- Vaccination antigrippale:
- Vaccination antitétanique:
- Vaccination antipneumococcique:
- BCG:

Évaluation gériatrique:

- le score ADL: /6
- le score MMS: /30
- le score MNA: /14 (Dépistage)
- le GIR: /6

Vie quotidienne:

- **Troubles cognitifs:** Oui Non
- **Troubles du comportement:** Non Oui
Si « oui », préciser Jour Nuit
- **Addictions:** Alcool Tabac Drogue:
- **Autonomie:** normale cannes déambulateur fauteuil aide
- **Type de régime:** normal mixé compléments hypoglycémique
 hyposodé Gastrostomie
- **Acuité visuelle:** normale abaissée port de lunettes cécité
- **Acuité auditive:** normale abaissée appareillée surdité
- **Incontinence:** diurne nocturne
- **Sonde urinaire:**
- **Stomie:** Si « oui », préciser.....
- **Appareillage dentaire:**
- **Prothèse orthopédique:**
- **Stimulateur cardiaque:**
- **Contention:** lit fauteuil jour nuit

Traitement par voie oral actuel:

| Produits | Matin | Midi | Soir | Coucher |
|----------|-------|------|------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Traitement par injection / perfusion:

| Produits | Matin | Midi | Soir | Coucher |
|----------|-------|------|------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Soins particuliers en cours:

- Pansements d'escarres Pansements d'ulcère Aérosols O2 Trachéotomie
- Soins de kinésithérapie Orthophonie Pédicurie

Conclusion médicale:

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de joindre si possible à ce dossier:

- un certificat médical de non-contagion,
- le dernier bilan sanguin (notamment statut rénal et hépatique),
- éventuellement un protocole de soins en cours.