

Dossier Médical Unique de demande d'admission en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Document médical confidentiel à ne pas remettre à l'administration (sous pli pour le médecin)

Personne Concernée	
nom	
prénom	
Date de naissance	

Motif de la Demande	
Changement d'établissement	
Fin/retour d'hospitalisation	
Maintien à domicile difficile	
autre	

Taille	
Poids	

Fonctions Sensorielles		
	Oui	Non
Cécité		
surdité		

Risque de Fausse Route		
	Oui	Non

Rééducation		
	Oui	non
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre		

Données sur l'Autonomie				
		A	B	C
Transferts				
Déplacements	À l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				
GIR s'il est connu				

Symptômes psycho-comportementaux		
	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucination		
Agitation, agressivité, cris...		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportement moteur aberrant dont déambulation pathologique		
Troubles du sommeil		

Soins Techniques		
	Oui	non
Sonde à oxygène		
Sonde d'alimentation		
Sonde de trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire		
Chambres implantables		
Dialyse péritonéale		

Pansements ou soins cutanés		
	Oui	non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée de soin		
Type de pansement		

Appareillages		
	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Stimulateur Cardiaque		
Autre		

Personne Concernée			PORTAGE DE BACTÉRIE MULTIRÉSISTANTE			TRAITEMENTS EN COURS			
Nom				Oui	Non	NSP			
Prénom									
Date de naissance			Préciser :						
ANTÉCÉDENTS			PATHOLOGIES ACTUELLES			COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS			
Médicaux									
Chirurgicaux									
			AUTRES SOINS						
			Soins palliatifs	Oui	Non				
			CONDUITES A RISQUE						
			Alcool	Oui	Non				
			Tabac						
			Sevrage						
			autre						
GERE SEUL(E) SON TRAITEMENT			MÉDECIN TRAITANT			DATE			
			Nom			NOM ET FONCTION DU MÉDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER			
			Prénom						
ALLERGIES (dont médicamenteuse)			Commune			CACHET, SIGNATURE			
			Téléphone						
			Mail						
Si oui préciser :									