

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

Document médical confidentiel - à mettre sous pli confidentiel

1 PERSONNE CONCERNEE

NOM/PRENOM

Date de naissance

2 MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

autres (préciser) :

3 TAILLE

POIDS

4 FONCTIONS SENSORIELLES

	oui	non
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdit�	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 RISQUE DE FAUSSE ROUTE

	oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 REEDUCATION

	oui	non
kin�sith�rapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres (préciser) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 DONNEES SUR L'AUTONOMIE*

		A	B	C
Transfert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D�placements	� l'int�rieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	� l'ext�rieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f�cale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication pour alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coh�rence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	oui	non
id�es d�lirantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
agitation, agressivit� (cris...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d�pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anxi�t�	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d�sinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comportement moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aberrant (dont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d�ambulation pathologique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 SOINS TECHNIQUES

	oui	non
sondes � oxyg�ne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sondes d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonde trach�otomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ur�t�rostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
appareillage ventilatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chambres implantables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dialyse p�riton�ale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

	oui	non
soins d'ulc�re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
localisation: <input type="text"/>		
stade: <input type="text"/>		
dur�e du soin: <input type="text"/>		
type de pansement: <input type="text"/>		

11 APPAREILLAGES

	oui	non
fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lit m�dicalis�	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d�ambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orth�se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
proth�se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pace-maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres (préciser): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

