

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame N° CAFAT :

Nom de famille (*de naissance*)
(*s'il y a lieu: nom d'usage, marital*)

Prénom(s)

Date de naissance Age:.....

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (*préciser*)

NOMS ET COORDONNEES DES MEDECINS TRAITANTS & SPECIALISTES (*nom, prénom, adresse, téléphone*) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

VACCINS à JOUR :

TRAITEMENTS EN COURS

JOINDRE : - Les **ORDONNANCES** (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)
- Le dernier **BILAN SANGUIN**
- Le **COMPTE RENDU d'HOSPITALISATION** (le cas échéant)

Taille Poids IMC DROITIER GAUCHER

ALLERGIES Si oui, préciser :

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

CONDUITES A RISQUE	oui	non
Tabac	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alcool	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sevrage	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RISQUE DE FUGUE

PORTAGE DE BACTERIE

Si oui, préciser (*localisation, etc.*)

SOINS PALLIATIFS

Préciser la date du dernier prélèvement

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DIVERS ELEMENTS MEDICO-SOCIAUX NECESSAIRES A L'ADMISSION EN EAPAD

COMMUNICATION	normale <input type="checkbox"/> déficitaire <input type="checkbox"/> préciser: _____
	langue parlée comprise: _____
	langue lue : _____

DEPLACEMENTS	Autonome <input type="checkbox"/> +cannes <input type="checkbox"/> +déambulateur <input type="checkbox"/> +fauteuil roulant <input type="checkbox"/> risque de chutes <input type="checkbox"/>
	Se déplace avec aide: en marchant <input type="checkbox"/> en fauteuil <input type="checkbox"/>
LOCOMOTION	Sort à l'extérieur : seul <input type="checkbox"/> accompagné <input type="checkbox"/> pas du tout <input type="checkbox"/>
	Déambulation non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> → diurne <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/>

TRANSFERTS	seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> avec aide mécanique (lève-malade) <input type="checkbox"/>
------------	---

ALIMENTATION	Mange seul <input type="checkbox"/> avec aide partielle <input type="checkbox"/> avec aide totale <input type="checkbox"/>
	Alimentation normale <input type="checkbox"/> mixée <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> viande hachée <input type="checkbox"/> parentérale <input type="checkbox"/>
	Régime hyposodé <input type="checkbox"/> hypocalorique <input type="checkbox"/> hypercalorique <input type="checkbox"/> diabétique <input type="checkbox"/> sans alcool <input type="checkbox"/>
	Compléments alimentaires <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>
	N'aime pas, ne supporte pas

ELIMINATION	Elimination urinaire autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> / protections: nuit <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/>
	Elimination anale autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> / protections: nuit <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/>
	Tendance à constipation <input type="checkbox"/> Tendance à diarrhées <input type="checkbox"/> Tendance à infections urinaires <input type="checkbox"/>

SOMMEIL	bon <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> mauvais <input type="checkbox"/> insomnies <input type="checkbox"/> agitation nocturne <input type="checkbox"/>
	Lève-tôt <input type="checkbox"/> lève-tard <input type="checkbox"/> couche-tôt <input type="checkbox"/> couche-tard <input type="checkbox"/> sieste <input type="checkbox"/>

FONCTIONS SENSORIELLES	oui	non	gauche	droite
Cécité				
Surdité				

FONCT� RESPIRATOIRE	oui	non
Toux		
Dyspnée		
Encombrement		

AUTONOMIE GRILLE A.G.G.I.R.

CATEGORIES		A	B	C	
MENTAL	COHERENCE CONVERSER et/ou se comporter de façon logique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments du jour, dans les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CORPOREL	TOILETTE HAUT BAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	HABILLAGE HAUT MOYEN BAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	ALIMENTATION	SE SERVIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		MANGER LES ALIMENTS PREPARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ELIMINATION	URINAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ANALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENTS	TRANSFERTS SE LEVER, SE COUCHER, S'ASSEOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DEPLACEMENTS INTERIEUR EXTERIEUR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
COMMUNICATION	Utiliser sonnette, téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SCORE GIR					

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	oui	non
Idées délirantes		
Hallucination		
Agitation / agressivité		
Dépression / dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur / euphorie		
Aphasie / indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité / instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant		
Troubles du sommeil		
Troubles cognitifs		
Troubles de l'appétit		
Déambulation pathologique (vol,...)		

APPAREILLAGES	oui	non
Fauteuil roulant		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Appareil dentaire		
Appareil auditif		
Lunettes		
Autres (préciser)		

REEDUCATION	oui	non
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre (préciser)		

SOINS CUTANES PANSEMENTS	oui	non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Hématome		
Type de pansement:		
Allergie locale		

SOINS TECHNIQUES	oui	non
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Aérosols		
Injections		
Dialyse		
Perfusions		
Chambre implantable		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER

Suivra-t-il le patient en EAPAD?	
Oui	Non

DATE :

<p>NOM :</p> <p>CACHET et SIGNATURE :</p>
