



DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION

Nom : **Prénom :**

Date d'entrée :

Chambre :

DOSSIER MEDICAL

NOM : **PRENOM :**

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE : **LIEU DE NAISSANCE :**

SITUATION FAMILIALE : Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e) Célibataire

DOMICILE :
.....

ADRESSE ET N° DE SECURITE SOCIALE :
.....

ALD : OUI NON

PRECISER SI CONNU :

PERSONNE REFERENTE :

NOM-PRENOM :

N° DE TELEPHONE :

MEDECIN TRAITANT

NOM :

N° DE TELEPHONE :

Ce dossier est à remplir de façon la plus précise possible par le médecin traitant du candidat à l'entrée (avec l'aide des soignants entourant ce candidat) et à retourner sous pli confidentiel fermé, accompagné des documents médicaux jugés utiles à

La direction se réserve la possibilité de faire visiter par le médecin de son choix le candidat à l'admission avant de prononcer l'admission définitive.

MODALITE D'HEBERGEMENT

- Libre
- Temporaire du au
- Familial
- Définitif
- Accueil de jour

MOTIF DE L'HEBERGEMENT

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

RESIDENCE ACTUELLE

- Domicile
- Hôpital
- Maison de retraite - EHPAD
- Famille
- Autres, préciser

AIDES ACTUELLES

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie | Fréquence |
| <input type="checkbox"/> IDE à domicile | |
| <input type="checkbox"/> Aide ménagère | |
| <input type="checkbox"/> Kiné | |
| <input type="checkbox"/> Famille | |

A) ANTECEDENTS

- Médicaux
.....
.....
.....
- Chirurgicaux
.....
.....
- Hospitalisations principales
.....
.....
- Psychiatrique
.....
.....
- Allergie
.....
.....
- Vaccinations
Date du dernier VAT :
-
.....

B) ETAT SOMATIQUE ACTUEL

Poids : Taille : IMC :

1) Général & Métabolique

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

2) Neurologique

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

3) Cardio-vasculaire

- Pace Maker oui non
- TA :
- artères
- veines

4) Digestif

continence anale ? oui non

Hygiène diététique :
Régime particulier :

5) Pulmonaire

.....
.....

6) O.R.L

Appareil auditif ? oui non

.....
.....

7) Stomatologique (état bucco-dentaire)

Appareil dentaire ? oui non

.....
.....

8) Cutané

Escarres ? oui non
Troubles trophiques ? oui non

.....
.....

9) Ophthalmologique

.....
.....

10) Génito-urinaire

- sonde urinaire oui non
- continence urinaire diurne oui non
- continence urinaire nocturne oui non

11) Orthopédique

Mobilité

- Les transferts

- se lève et se couche seul(e) oui non
- se lève seul(e) de son fauteuil oui non
- semi-grabataire oui non
- grabataire oui non

- La marche

- seul(e) sans canne oui non
- seul(e) avec canne oui non

- seul(e) avec déambulateur oui non
avec une tierce personne oui non
ne marche pas oui non
- Le fauteuil roulant
se déplace seul(e) en fauteuil roulant oui non
nécessite une aide oui non
ne peut pas utiliser un fauteuil roulant oui non

12) Etat psychique

- existe t-il une détérioration intellectuelle oui non
- existe t-il une désorientation oui non
- existe t-il une dépression oui non
 légère oui non
 sévère oui non
- existe t-il une angoisse oui non
- existe t-il des troubles psychotiques oui non

Fonctions cognitives

- troubles mnésiques oui non
- troubles de l'orientation
 bien orienté(e) dans le temps et l'espace
 est quelques fois désorienté(e)
 désorientation complète
- troubles du jugement
 évalue les situations et prend des décisions censées
 évalue mal les situations
- troubles du comportement
 bien adapté(e) à l'environnement
 troubles du comportement mineurs
 troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus intense
 (agressivité devant les autres) dangereux pour lui ou pour les autres.
 tendance à la fugue
- troubles de la compréhension
 comprend bien ce qu'on lui demande ou explique
 comprend partiellement même après les explications
 ne comprend pas du tout ce qui se passe autour de lui

C) ETAT FONCTIONNEL

Veillez cocher de façon précise les cases correspondant à l'état actuel du candidat concernant les six rubriques ci-dessous détaillées :

| | Manger | S'habiller | Faire sa toilette | Se lever Se coucher | Marcher | Se promener |
|----------------------------|--------|------------|-------------------|------------------------|---------|-------------|
| Seul sans difficulté | | | | | | |
| Seul sous surveillance | | | | | | |
| Avec l'aide d'une personne | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Doit être pris en charge totalement | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

D) TRAITEMENT ACTUEL

1) Médicaments (joindre photocopie ordonnances récentes)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Autres

.....

.....

.....

3) L'état psychique actuel impose t-il des conditions particulières de sécurité (antécédents, fugue désorientation ...)

.....

.....

.....

4) Surveillance médicale actuelle (visites du médecin, examens biologiques ...)

.....

.....

.....

Précisez en entourant la case correspondante, la nature des soins et leur fréquence

| | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-------------|-------------|-------------------------------|
| SURVEILLANCE INFIRMIERE | Pluriquotidienne | Quotidienne | Discontinue | Pas de besoin |
| SOINS INFIRMIERS | Pluriquotidiens ou complexes | Quotidiens | Discontinus | Pas de besoin |
| NURSING | Pluriquotidien | Quotidien | Discontinus | Inutile ou fait par entourage |
| REEDUCATION | Pluriquotidienne | Quotidienne | Discontinue | Pas de besoin |

Date et signature du Médecin :

