

DOSSIER MÉDICAL

DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)



TAILLE :

POIDS :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX :

PATHOLOGIES ACTUELLES :

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (NOM DES MÉDICAMENTS, POSOLOGIE, VOIE D'ADMINISTRATION) :

SOINS PALLIATIFS : ☐ OUI ☐ NON

ALLERGIES : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser :

CONDUITES A RISQUE :

Alcool : ☐ OUI ☐ NON

Tabac : ☐ OUI ☐ NON

Sevrage : ☐ OUI ☐ NON

PORTAGE

DE BACTÉRIE(S) MULTIRÉSISTANTE(S) :

☐ NE SAIS PAS ☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser (localisation, etc.) :

Préciser la date du dernier prélèvement :

--	--	--	--	--	--	--

FONCTIONS SENSORIELLES :

Cécité : ☐ OUI ☐ NON

Surdité : ☐ OUI ☐ NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE : ☐ OUI ☐ NON

RÉÉDUCATION :

Kinésithérapie : ☐ OUI ☐ NON

Orthophonie : ☐ OUI ☐ NON

Autre (préciser) :

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE :

Transfert : ☐ A ☐ B ☐ C

Déplacements A l'intérieur : ☐ A ☐ B ☐ C

A l'extérieur : ☐ A ☐ B ☐ C

Toilette Haut : ☐ A ☐ B ☐ C

Bas : ☐ A ☐ B ☐ C

Élimination Urinaire : ☐ A ☐ B ☐ C

Fécale : ☐ A ☐ B ☐ C

Habillage Haut : ☐ A ☐ B ☐ C

Moyen : ☐ A ☐ B ☐ C

Bas : ☐ A ☐ B ☐ C

Alimentation Se servir : ☐ A ☐ B ☐ C

Manger : ☐ A ☐ B ☐ C

Orientation Temps : ☐ A ☐ B ☐ C

Espace : ☐ A ☐ B ☐ C

Communication pour alerter : ☐ A ☐ B ☐ C

Cohérence : ☐ A ☐ B ☐ C

PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉS :

Soins d'ulcère : ☐ OUI ☐ NON

Soins d'escarres : ☐ OUI ☐ NON

Localisation :

Stade :

Durée du soin : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Type de pansement :

SYMPTÔMES

PSYCHO-COMPORTEMENTAUX :

Idées délirantes : ☐ OUI ☐ NON

Hallucinations : ☐ OUI ☐ NON

Agitation, agressivité (cris...) : ☐ OUI ☐ NON

Dépression : ☐ OUI ☐ NON

Anxiété : ☐ OUI ☐ NON

Apathie : ☐ OUI ☐ NON

Désinhibition : ☐ OUI ☐ NON

Comportements moteurs aberrants : ☐ OUI ☐ NON

(dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)

Troubles du sommeil : ☐ OUI ☐ NON

SOINS TECHNIQUES :

Oxygénothérapie : ☐ OUI ☐ NON

Sondes d'alimentation : ☐ OUI ☐ NON

Sondes trachéotomie : ☐ OUI ☐ NON

Sonde urinaire : ☐ OUI ☐ NON

Gastrotomie : ☐ OUI ☐ NON

Colostomie : ☐ OUI ☐ NON

Urétérostomie : ☐ OUI ☐ NON

Appareillage ventilatoire : ☐ OUI ☐ NON
(CPAP, VNI...)

Chambre implantable : ☐ OUI ☐ NON

Dialyse péritonéale : ☐ OUI ☐ NON

APPAREILLAGES :

Fauteuil roulant : ☐ OUI ☐ NON

Lit médicalisé : ☐ OUI ☐ NON

Matelas anti-escarres : ☐ OUI ☐ NON

Déambulateur : ☐ OUI ☐ NON

Orthèse : ☐ OUI ☐ NON

Prothèse : ☐ OUI ☐ NON

Pace-maker : ☐ OUI ☐ NON

Autres (préciser) :
