

DOSSIER MÉDICAL A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Demande urgente Oui Non

Civilité : Madame : Monsieur :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

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

Médecin qui renseigne le dossier :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : / / / /

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquer la date de sortie : / /

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée Oui Non

Si oui, dans quel service ?

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? Oui Non

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? Oui Non

Coordonnées du médecin traitant

N° de voie, rue, boulevard :

Code Postale :

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

 Commune / ville :

Téléphone fixe : / / / / Téléphone portable : / / / /

Adresse mail :@.....

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatrie, psychiatre, neurologue, etc.) ? : Oui Non

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières, sociales, isolement, logement inadapté, rapprochement familial ou amical, évolution de l'état de santé, etc.

² Décret n°2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques	Pathologies actuelles et état de santé¹ ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).	

Taille :

Poids :

Maigrissement récent : Oui Non

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage	Oui	Non

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : -Visuelle		
-Auditive		
-Gustative		
-Olfactive		
-Vestibulaire		
-Tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : -Kinésithérapie		
-Orthophonie		
Autre (précisez)		

Risque de chute : Oui Non

Risque de fausse route : Oui Non

Soins palliatifs : Oui Non

Allergies :

Oui	Non	Si oui, précisez :

Portage de bactéries multi résistante :

Oui	Non	Ne sait pas	Si oui, précisez :

Date du dernier prélèvement :/...../.....

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5% en 1 mois, ou ≥ 10% en 6 mois (HAS 2007)

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile ; (repérage des déficiences sensorielle et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées – Volet EHPAD – HAS 2016)

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts	Se lever			
	S'asseoir			
	Se coucher			
Déplacement	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alerter				
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant : -Déambulation pathologiques		
-Gestes incessant		
-Risque de sorties non accompagnés		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
-Continue		
-Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire / ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (morphine, insuline...)		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
-Soins d'ulcère		
-Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		
Durée du soin :		
Type de pansement (préciser) :		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur/canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

A¹ = Fait seuls les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

B² = Fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

C³ = Ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit (HAS – inventaire neuropsychiatrique).