

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

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité :    Monsieur             Madame

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

Prénom(s)

Date de naissance

---

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres *(préciser)*

---

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT *(nom, prénom, adresse, téléphone)* :**

---

**ANTECEDENTS 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**

 OUI  NON

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**

NE SAIT  
PAS

 OUI NON

Alcool

Tabac

Sevrage

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

**Taille**

**Poids**

**FONCTIONS SENSORIELLES**

 OUI  NON

Cécité

Surdité

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

 OUI  NON

**REEDUCATION**

 OUI  NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre *(préciser)*

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

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
	Déplacements	A l'intérieur		
		A l'extérieur		
Toilette		Haut		
		Bas		
Elimination		Urinaire		
		Fécale		
Habillage		Haut		
		Moyen		
		Bas		
Alimentation		Se servir		
		Manger		
Orientation		Temps		
		Espace		
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ... )		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

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

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)**

Nom  Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du  
médecin