

ADMISSION EN EHPAD DOSSIER MEDICAL STANDARDISE

A remplir par le médecin-traitant
Elaboré par les médecins gériatres de Côte d'Or

ETAT CIVIL

NOM : NOM de JEUNE FILLE :

PRENOMS :

DATE et LIEU de NAISSANCE :

SEXE : - Masculin - Féminin

DERNIER DOMICILE :

.....

SITUATION ACTUELLE (cocher la bonne case)

Actuellement le patient se trouve : - hospitalisé
 - à domicile
 - autre

Le patient a-t-il été hospitalisé récemment ? - oui
dans quel service : - non

Le patient est-il indemne de toute affection contagieuse - oui
et peut-il sans danger pour l'entourage vivre en collectivité ? - non

Le patient est-il porteur d'un germe multi-résistant ? - oui
lequel : - non

Le patient a-t-il donné son accord pour entrer en EHPAD ? - oui
 - non

Le patient présente-t-il des troubles du jugement ne lui - oui
permettant pas de donner cet accord ? - non

Existe-t-il une mesure de protection juridique ? - oui
 - non

A-t-il désigné une personne de confiance ? - oui
 - non

Le patient est-il en ALD ? - oui Motif
 - non

Nom du médecin traitant

Adresse

Téléphone : Messagerie :

DONNEES MEDICALES (antécédents)

POIDS : TAILLE : à la date du :

VACCINS : - Tétanos date :

- Grippe date :

- Pneumocoque date :

- Autre(s)..... date :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

.....

TRAITEMENTS EN COURS

MEDICAMENTS	Matin	Midi	Soir	Coucher

KINESITHERAPIE : - oui quel type

- non

REGIME ALIMENTAIRE : - oui quel type

- non

APPAREILLAGES : - oxygène

- sonde urinaire

- dialyse

- assistance respiratoire

- sonde gastrique

- stomie

ETAT PSYCHIQUE A = léger L = léger I = important M = majeur

	A	L	I	M
Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du caractère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déambulation / fugues - oui - non

Alcoolisme - oui - non

Délires - oui - non

Maladie psychiatrique - oui - non type :

Résultat MMS : _____ / 30 Date

ETAT PHYSIQUE

SYSTEME NERVEUX

- Troubles de l'équilibre et chutes
- Syndromes extra-pyramidaux
- Comitialité
- Neuropathie périphérique
- Affection du système nerveux central
- Autre(s).....

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

- HTA
- AVC date
- Troubles du rythme
- Artérite des membres inférieurs
- Insuffisance cardiaque
- Maladie thrombo-embolique
- Cardiopathie ischémique
- Hypotension orthostatique
- Stimulateur cardiaque date
- Maladie veineuse chronique
- Valvulopathie
- Autre(s).....

APPAREIL RESPIRATOIRE

- Insuffisance respiratoire chronique
- Asthme
- Cancer
- BPCO
- Tuberculose récente
- Trachéotomie
- Autre(s).....

APPAREIL URINAIRE

- Pathologie haut appareil
- Insuffisance rénale
- Affection vésico-prostatique
- Insuffisance urinaire
- Autre(s).....

APPAREIL DIGESTIF

- Ulcère gastrique ou duodéal
- Hernie, éventration
- Hernie hiatale, RGO
- Incontinence anale
- Lithiase biliaire
- Colopathie
- Cancer.....
- Troubles de la déglutition
- Autre(s).....

HEMATOLOGIE

- Affection caractérisée

DERMATOLOGIE

- Escarres : localitation(s).....
- Ulcères
- Autre(s)

APPAREIL GENITAL

- Néoplasie utérine
- Prolapsus
- Cancer du sein
- Pathologie de la ménopause
- Autre(s)

METABOLISME, ENDOCRINOLOGIE

- Diabète insulino-dépendant
- Diabète non insulino-dépendant
- Dysthyroïdie
- Autre(s)

OPHTALMOLOGIE

- Maladie(s) de la rétine
- Glaucome
- Autre(s)

AUDITION

- Altérée
- Prothèse(s)

APPAREIL LOCOMOTEUR

- Arthrose symptomatique hanches genoux épaules
- Rhumatisme inflammatoire
- Déformation rachidienne
- Fractures
- Ostéoporose
- Prothèses
- Pathologies des pieds
- Autre(s)

AUTRE(S) ANTECEDENT(S) IMPORTANT(S), ALLERGIES

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES, RECOMMANDATIONS

.....

.....

DEGRE D'AUTONOMIE

GRILLE AGGIR

S = Spontanément **T** = Totalement **C** = Correctement **H** = Habituellement

Pour chaque item, cochez les cases lorsque les conditions ne sont pas remplies et que la réponse est NON

Puis citez par A, B ou C en bas de ligne selon le nombre d'adverbes cochés :

A = aucun adverbe n'est coché

B = une partie des adverbes est cochée

C = tous les adverbes sont cochés

Activités réalisées par la personne seule		S	T	C	H	Code
Cohérence	Communication					<input type="checkbox"/>
	Comportement					
Orientation	Dans le temps					<input type="checkbox"/>
	Dans l'espace					
Toilette	Haut					<input type="checkbox"/>
	Bas					
Habillage	Haut					<input type="checkbox"/>
	Moyen					
	Bas					
Alimentation	Se servir					<input type="checkbox"/>
	Manger					
Elimination (hygiène)	Urinaire					<input type="checkbox"/>
	Fécale					
Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)						<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'intérieur						<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'extérieur						<input type="checkbox"/>
Alerter						<input type="checkbox"/>
Groupe Iso-Ressources défini par le système informatique						<input type="checkbox"/>

DOSSIER REMPLI PAR.....

Fait à le/...../.....

Signature et cachet du médecin