

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

I - DONNEES GENERALES

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le: à

Nombre d'enfants :

Profession antérieure :

Ville de résidence habituelle :

Lieu où se trouve la personne à accueillir :

Domicile

Moyen séjour

Foyer logement

Long séjour

Autre, préciser

Hôpital : service aigu (*)

(*) Depuis quelle date ? :

(*) Motif :

Motif de la demande d'admission :

.....

.....

.....

.....

L'intéressé(e) est il (elle) bien au clair sur la demande d'admission ? Oui Non

Commentaires s'il y a lieu :

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

☞ II - DONNEES SUR L'ETAT GENERAL

✓ Motif, lieu et date des dernières hospitalisations :

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

✓ Autres antécédents notables n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation :

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

✓ Dernier poids connu kg

✓ Tabagisme actuel

Oui^(*)

Non

^(*)Nombre de cigarettes par jour

✓ Alcoolisme actuel :

Non

Oui (*)

(*)Nombre de verres par jour.....

✓ Pace Maker :

Non

Oui (*)

(*)Date et lieu de pose

✓ Vaccination(s)

Non

Oui (*)

(*)La (les) quelle(s).....

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

✓ Traitement en cours :

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

✓ Prise en charge sécurité sociale à 100 % :

Non

Oui (*)

(*) Motif.....

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

- | 1) <u>Soins infirmiers</u> : | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Constants nécessaires : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Episodiques : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Nature : Administration médicament per os : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Médicaments injectables : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Pansements : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Type de pansements : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Dextro : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

✓ Autres soins infirmiers :

.....

.....

.....

.....

.....

✓ Présence d'escarres :

Non Oui ^(*)

^(*) Localisation :

.....

.....

.....

.....

(*) Etendue :
.....
.....
.....

(*) Phase évolutive :
.....
.....

(*) Observations éventuelles:
.....
.....

✓ **Soins de rééducation** : Oui (*) Non

(*) Nature:
.....
.....
.....

☞ **III - AUTONOMIE / DEPENDANCE**

2) Fonctions supérieures et capacités à se comporter de façon sensée

	Bon	Moyen	Nul
✓ Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Mémoire des faits récents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Jugement, raisonnement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Mémoire des faits anciens :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Oui	Non
✓ Délire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Agressivité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Agitation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Fugues		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Cris		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Troubles du langage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Signe de dépression		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Troubles du sommeil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


3) Toilette

	Oui	Non
✓ Autonome : peut tout faire sauf se laver le dos et les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Aide partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Habillage

	Oui	Non
✓ Autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Aide partielle (à partir d'aide au boutonnage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) <u>Alimentation</u>	Oui	Non
✓ Autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Aide partielle (à partir de couper la viande, se servir à boire, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 6) <u>Continence</u>	Oui	Non
✓ Patient totalement contient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Gère seul ses problèmes d'incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Porteur d'une sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Porteur d'une stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Continent si mené régulièrement aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Incontinence uniquement nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Incontinence diurne +nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 7) <u>Mobilité</u>	Oui	Non
✓ Marche sans aide (ou avec une canne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Marche avec un déambulateur (ou 2 cannes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Marche uniquement avec aide humaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Se déplace seul en fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Ne se déplace (ou ne marche) que dans sa chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Ne se déplace pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 8) <u>Transfert</u>	Oui	Non
✓ Se lève seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Se couche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ S'assoit seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **IV - DIVERS**

1) <u>Handicap sensoriel</u>	Nul	Léger	Important	Total
✓ Visuel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Auditif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oui	Non
✓ Porte des lunettes			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Porte une prothèse(s) auditive(s)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Porte une prothèse(s) dentaire(s)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Occupations, loisirs:			Oui ^(*) <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

^(*) le(s)quels :

.....

.....

.....

Fait à le

✓ **Médecin traitant**

Nom et prénom du médecin

Adresse permanente

.....

.....



Cachet et signature du médecin