

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

A remplir par le médecin traitant et à remettre sous pli confidentiel au coordinateur de soins de la Résidence.

Le dossier ne vaut que pour une inscription sur liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

Personne concernée :

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom

Date de naissance/...../.....

Testé Covid + : oui – non

Date du test Covid :

NN de Registre national :

Vaccination Covid-19 : oui / non **Nom de vaccin Covid-19:**

Date de 1^{ère} dose :

Date 2^o dose :

Motif de la demande :

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Antécédents médico-chirurgicaux

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

Pathologies actuelles

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

Allergies

.....
.....

Régime alimentaire

.....
.....

Risque de fausse route : oui – non

Renseignements divers :

Poids : Kg Taille :

Tabac : oui – non

Alcool : oui – non

Diabète : oui – non DNID DID

Pace Maker : oui – non

Transfusions : oui – non

Séquelles neurologiques : oui – non

Séquelles orthopédiques : oui – non

Epilepsie : oui – non

Agitation diurne / nocturne : oui – non

Agressivité diurne / nocturne : oui – non

Déambulation diurne / nocturne : oui – non

Degré d'autonomie :

| | Autonome | Aide partielle | Aide totale |
|-----------------------------|----------|----------------|-------------|
| Toilette | | | |
| Habillage | | | |
| Alimentation | | | |
| Continence | | | |
| Transfert et déplacement | | | |
| Orientation Espace/temps | | | |

Cohérence dans les propos :

Comportements moteurs aberrants (*déambulations pathologiques, geste incessants, risques de sorties non-accompagnées,...*) :

Risque de chutes : oui – non

Appareillage :

Fauteuil roulant : oui – non

Rollator : oui – non

Lit médicalisé : oui – non

Prothèses :

- Dentaires : oui – non
- Orthopédiques : oui – non
- Auditives : oui – non
- Oculaires : oui – non

Soins en cours :

- Injection : oui – non
- Escarres : oui – non
- Oxygène : oui – non
- Palliatifs : oui – non
- Kinésithérapie : oui – non
- Orthophonie : oui – non
- Stomie : oui – non

Traitement en cours / Soins particuliers / Médicaments (*posologie, voie d'administration*) :

.....

.....

.....

.....

.....

Signature et cachet du médecin traitant