

**Personne concernée par la demande d'admission**

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... /19.....

**DOSSIER UNIQUE  
DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES**

**- VOLET MEDICAL -**


Dossier complété par : .....




En date du : .....

### Personne faisant l'objet de la demande

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Nom de jeune fille</u>			
<u>Date de naissance</u>		<u>Age au moment de la demande</u>	

### Référents médicaux

<u>Médecin traitant</u>	Nom + prénom	
		

<u>Médecin(s) spécialiste(s)</u>			
Nom + prénom + spécialité			
		Date prochaine consultation	
Nom + prénom + spécialité			
		Date prochaine consultation	
Consultation de la mémoire Nom + prénom du spécialiste			
		Date prochaine consultation	

### Renseignements médicaux en date du .....

<u>Taille</u>		<u>Poids</u>	
<u>Antécédents médicaux</u>			
<u>Antécédents chirurgicaux</u>			
<u>Allergies</u>			
<u>Vaccination</u>	<input type="checkbox"/> antitétanique (date dernière injection : .....) <input type="checkbox"/> pneumo 23 (date dernière injection : .....) <input type="checkbox"/> grippe <input type="checkbox"/> autre : .....		

## Renseignements médicaux (suite)

<u>Porteur BMR</u>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui / précisez la localisation : .....
<u>Traitement actuel &amp; posologie</u>	
<u>Motif ALD</u>	

Autonome dans la prise de médicaments.....  non     oui

Observance thérapeutique.....  bonne     mauvaise

## Fonctions cognitives

Troubles de la mémoire .....  non     oui

Désorientation temporelle ou spatiale.....  non     oui

Démence connue .....  non     oui, type : .....

Dernier MMS : ..... en date du : .....

## Symptômes psychologiques et comportementaux

		Observations
Hallucinations, idées délirantes, cris	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Risque d'agressivité	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Syndrome dépressif	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Anxiété	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Déambulation - jour - nuit	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Dépendance alcoolique	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Autres comportements addictifs	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Autre(s)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

## Troubles sensoriels

Port de lunettes .....  non     oui

DMLA .....  non     oui

### Troubles sensoriels (suite)

- Cataracte.....  non  oui  
 Glaucome .....  non  oui  
 Rétinopathie diabétique .....  non  oui  
 Hypoacousie .....  non  oui  
 Prothèse auditive droite .....  non  oui  
 Prothèse auditive gauche .....  non  oui  
 Autre.....  non  oui

### Troubles de la marche

- Risque de chute .....  non  oui  
 Antécédent(s) de chute.....  non  oui

### Aides techniques

- Canne(s)                       Déambulateur                       Fauteuil roulant                       Fauteuil coquille  
 Lève-malade                       Lit médicalisé                       Chaise percée                       Contention  
 Produits de l'incontinence                       Coussins anti-escarres                       Matelas anti-escarres  
 Autre(s) : .....

### Soins techniques

- Pansement(s)     Durée du soin :  plus de 20 min.  moins de 20 min.     Escarres     Ulcère  
 Stomies                       Trachéotomie                       Sonde gastrique                       Sonde urinaire                       Dialyse  
 Oxygénothérapie : .....  
 Autre(s) : .....

### Soins paramédicaux

	Nature de la prise en charge	Fréquence
<input type="checkbox"/> Infirmiers		
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie		
<input type="checkbox"/> Orthophonie		
<input type="checkbox"/> Psychothérapie		

### Etat nutritionnel

- Perte de poids.....  non  oui : ..... kgs depuis : ..... mois  
 Troubles de la déglutition .....  non  oui  
 Troubles de la mastication .....  non  oui  
 Compléments alimentaires .....  non  oui  
 Prothèse dentaire.....  non  oui  
     ↳ Soins à envisager .....  non  oui  
 Texture du repas : .....

### Régime alimentaire :

- Diabétique     Sans sel                       Sans sel strict                       Hyper protidique     Sans résidu

## Evaluation de l'autonomie (extrait de la grille AGGIR)

Par rapport à une personne totalement autonome et vivant seule chez elle, le candidat :

- A** fait seul, totalement, habituellement et correctement (c'est-à-dire sans l'aide d'une tierce personne, étant noté que les aides matérielles sont considérées comme faisant partie intégrante de la personne).
- B** fait partiellement ou non, habituellement ou non correctement.
- C** ne fait pas du tout, il faut faire à sa place ou faire une préparation, donner des ordres répétés, des explications, faire des vérifications en accompagnant l'activité.

		<b>A, B ou C</b>
<b>1</b>	<b>COHERENCE</b> Converser et/ou se comporter de façon sensée.	
<b>2</b>	<b>ORIENTATION</b> Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	
<b>3</b>	<b>TOILETTE</b> Concerne l'hygiène corporelle.	<b>HAUT</b>
		<b>BAS</b>
<b>4</b>	<b>HABILLAGE</b> S'habiller, se déshabiller, se présenter.	<b>HAUT</b>
		<b>MOYEN</b>
		<b>BAS</b>
<b>5</b>	<b>ALIMENTATION</b> Manger les aliments préparés.	<b>SE SERVIR</b>
		<b>MANGER</b>
<b>6</b>	<b>ELIMINATION</b> Assumer l'hygiène de l'élimination.	<b>URINAIRE</b>
		<b>FECALE</b>
<b>7</b>	<b>TRANSFERTS</b> Se lever, se coucher, s'asseoir.	
<b>8</b>	<b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</b> Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant.	
<b>9</b>	<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</b> A partir de la porte d'entrée et sans moyen de transport.	
<b>10</b>	<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...	

Fait à ....., le.....

Cachet et signature du médecin