

La Mélod'hier



**Dossier Médical
Admission**

**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) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

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 **ALLERGIES** Si oui, préciser

| | | | | | |
|---|---|----------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| CONDUITES A RISQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | NE SAIT PAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Alcool | | | | | |
| Tabac | | | | | |
| Sevrage | | | | | |
| Si oui, préciser (localisation, etc.) | | <input type="text"/> | | | |
| Préciser la date du dernier prélèvement | | <input type="text"/> | | | |

Taille Poids

| | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|--------------------|---|
| FONCTIONS SENSORIELLES | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | RISQUE DE FAUSSE ROUTE | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | REEDUCATION | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Cécité | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Surdité | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | Orthophonie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | | | Autre (préciser) | <input type="text"/> |

**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 | | | | |

| 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 | | |

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

| 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

L'équipe TBien



DIRECTION
M.ROGER

MÉDECIN COORDONNATEUR
Dr. PETEUIL

NOS MÉDECINS PRESCRIPTEURS
Dr. VIOSSAT, Dr. TAFAT, Dr. CHERIF

INFIRMIERE CADRE
Jennifer

NOS INFIRMIERES
Laura, Nathalie, Élis, Typhaine

Sorties culturelles - Restaurant
Christian

Kinésithérapie
Bertrand, Sandy,
Eva, Sandrina

Spectacles (jeudis)
Christian

Psychomotricité
Johanna

Maintien en forme
Claire, Fée TBien

Marche accompagnée
Bénévoles

Psychologue
Cassandra

Réflexologie
Nathalie

Animations adaptées

Massages bien-être
Jeannette

Kinésiologie, élixirs floraux, anxiété
Charlie

Sonothérapeute
Déborah

NOS AS
équipe bleue / équipe rose

SERVICE RESTAURATION
Patrick, Jean, Adama, Julien

ASH
Ilda, Paula, Marta, Jennifer, Mélissa, Nathalie,
Johanna, Marie

RESPONSABLE COMMUNICATION
Lucie

NOTRE FÉE TBIEN
Claire

AMBASSADRICE / CHARGÉE DE RÉSEAU
Anne-Gaëlle

SERVICE LINGERIE
Chantal et Isabelle

SERVICE ENTRETIEN
Pawel et Gilles

COMPTABILITÉ
Claire