

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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alcool	Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Tabac	Préciser la date du dernier prélèvement	
Sevrage		

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"/>		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				

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

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (<i>cris...</i>)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i>)		
Troubles du sommeil		

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 (<i>préciser</i>)		

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
Aurélia

NOS INFIRMIERES
Élisa, Typhaine, Vanessa et Léna

Sorties culturelles - Restaurant
Christian

Kinésithérapie
Asmaa et Sabrina

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
Nathalie

NOS AS
équipe bleue / équipe rose

SERVICE RESTAURATION
Mickaël, Jean, Adama, Julien

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

RESPONSABLE COMMUNICATION
Lucie

NOTRE FÉE TBIEN
Claire

SERVICE ENTRETIEN
Pawel, Bassem et Fodie

SERVICE LINGERIE
Chantal

COMPTABILITÉ
Claire