

# La Mélod'hier



**Dossier Médical  
Admission**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

Autre (préciser)

|                                                                                                                |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Civilité :    Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/>                                |                                                                                 |
| Nom de famille (de naissance)<br><i>(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)</i>                                  | Prénom(s)                                                                       |
| Date de naissance                                                                                              |                                                                                 |
| <b>MOTIF DE LA DEMANDE</b>                                                                                     |                                                                                 |
| Changement d'établissement <input type="checkbox"/>                                                            | Fin/Retour d'hospitalisation <input type="checkbox"/>                           |
| Autres (préciser)                                                                                              |                                                                                 |
| <b>NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :</b>                              |                                                                                 |
| <b>ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux</b>                                                                      |                                                                                 |
| <b>PATHOLOGIES ACTUELLES</b>                                                                                   |                                                                                 |
| <b>TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)</b> |                                                                                 |
| SOINS PALLIATIFS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                             | ALLERGIES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, préciser    |
| <b>CONDUITES A RISQUE</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                    |                                                                                 |
| Alcool                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                               |
| Tabac                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                               |
| Sevrage                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                               |
| <b>PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                  |                                                                                 |
| Si oui, préciser (localisation, etc.)                                                                          |                                                                                 |
| Préciser la date du dernier prélèvement                                                                        |                                                                                 |
| Taille                                                                                                         | Poids                                                                           |
| <b>FONCTIONS SENSORIELLES</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                | <b>RISQUE DE FAUSSE ROUTE</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Cécité                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                               |
| Surdité                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                               |
| <b>REEDUCATION</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                               |
| Kinésithérapie                                                                                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                               |
| Orthophonie                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                               |
| Autre (préciser)                                                                                               |                                                                                 |

**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 (cris...)                                                                        |     |     |
| Dépression                                                                                              |     |     |
| Anxiété                                                                                                 |     |     |
| Apathie                                                                                                 |     |     |
| Désinhibition                                                                                           |     |     |
| Comportements moteurs                                                                                   |     |     |
| Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...) |     |     |
| 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 (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

