

# DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

## Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur  Madame

Demande urgente OUI  NON

Nom d'usage

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--

## Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

## Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile<sup>1</sup>

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie)  , le cas échéant indiquez la date de sortie : \_\_\_\_\_

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI  NON

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ? OUI  NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI  NON

## Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Nom - Prénom	
Adresse - N° Voie, rue, boulevard	

Code postal

--	--	--	--	--

Commune/ville

--

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI  NON

## Coordonnées du médecin spécialiste :

<sup>1</sup> Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

<sup>2</sup> Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)

**Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques****Pathologies actuelles et état de santé<sup>1</sup>**

	<b>ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></b>
<b>Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).</b>	

Taille

Poids

**Amaigrissement récent<sup>2</sup>**

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage		
OUI <input type="checkbox"/>		
NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles <sup>3</sup>	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- visuelle ;</li> <li>- auditive</li> <li>- gustative</li> <li>- olfactive</li> <li>- vestibulaire</li> <li>- tactile</li> </ul>		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinésithérapie</li> <li>- Orthophonie</li> <li>- Autre (précisez) :</li> </ul>		

**Risque de chute**

Oui	Non
-----	-----

**Risque de fausse route**

Oui	Non
-----	-----

**Soins palliatifs**

Oui	Non
-----	-----

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.<sup>2</sup> Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).<sup>3</sup> Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	<i>si oui, précisez :</i>
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	<i>si oui, précisez :</i>
	Ne sait pas		<i>date du dernier prélèvement :</i>

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>	Symptômes comportementaux et psychologiques <sup>4</sup>	Oui	Non
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)					<b>Idées délirantes</b>		
Déplacement	À l'intérieur				<b>Hallucinations</b>		
	À l'extérieur				<b>Agitation, agressivité</b>		
Toilette	Haut				<b>Dépression, dysphorie</b>		
	Bas				<b>Anxiété</b>		
Elimination	Urinariaire				<b>Exaltation de l'humeur/dysphorie</b>		
	Féciale				<b>Apathie, indifférence</b>		
Habillement	Haut				<b>Désinhibition</b>		
	Moyen				<b>Irritabilité/Instabilité de l'humeur</b>		
	Bas				<b>Comportement moteur aberrant :</b>		
Alimentation	Se servir				- déambulations pathologiques		
	Manger				- gestes incessants		
Alerter					- risque de sorties non accompagnées		
Orientation	Temps				<b>Troubles du sommeil</b>		
	Espace				<b>Troubles de l'appétit</b>		
Cohérence	Communication						
	Comportement						

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
<b>Localisation :</b>		

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe ( <i>morphine, insuline, ...</i> )		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement ( <i>préciser</i> ) :

**Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)**

**Signature, date et cachet du médecin**