



DOSSIER MÉDICO-SOCIAL EN VUE D'UNE ADMISSION

- I. DOSSIER MEDICAL
- II. EVALUATION DE L'AUTONOMIE
- III. HABITUDES DE VIE

FUTUR(e) RESIDENT(e)

NOM :

PRENOM :

V.P.A. prévue :

Date :

Heure :

Information par téléphone le :

ADMISSION le :

N° de chambre :

(A remplir par l'E.H.P.A.D.)



I. DOSSIER MEDICAL EN VUE D'UNE ADMISSION

NOM :

PRENOM :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

En cas d'hospitalisation, souhaitez-vous être prévenu la nuit ? Oui Non

Si non, à partir de quelle heure peut-on vous prévenir ?

Motifs d'entrée :

Médecin traitant :

N° de sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale :

Mutuelle :

Date de fin de contrat : / /

Prise en charge particulière (ALD, invalidité, etc.) : oui non

Si oui, motif :

Date de la fin de prise en charge : / /

Cette personne :

- est informée du projet d'entrer en E.H.P.A.D. oui non
- peut exprimer sa volonté oui non
- adhère au projet d'entrée en EHPAD oui non

A - INFORMATIONS MEDICALES : antécédents et affections en cours

Les pages 3 à 6 sont à remplir par le médecin traitant ou du service hospitalier
(Et à transmettre au médecin coordonnateur sous pli cacheté - Confidential)

1 - Pathologies

Affections cardio-vasculaires

ATCD	En cours		ATCD	En cours	
		Insuffisance cardiaque			AVC Date : / /
		Coronaropathie			Stimulateur Date : / /
		Trouble du rythme			Phlébite, embolie pulmonaire
		Hypertension artérielle			Valvulopathie
		Hypotension			Artériopathies chroniques
		Maladie veineuse chronique			
Autres (précisez notamment les antécédents chirurgicaux) :					

Affections neuro-psychiatriques

ATCD	En cours		ATCD	En cours	
		Malaises, vertiges, PdC, chutes			Syndrome extra-pyramidal
		Accidents Vasculaires Cérébraux			Comitialité focale et généralisée
		Syndrome parkinsonien			Etat anxio-dépressif
		Trouble chronique du comportement			Psychose, délires, hallucinations
		Syndrome démentiel	MMS <input type="checkbox"/> fait <input type="checkbox"/> non fait		Date : / /
Résultats :					
Autres (précisez notamment les antécédents chirurgicaux) :					

Affections broncho-pulmonaires

ATCD	En cours		ATCD	En cours	
		Broncho-pleuro-pneumopathies aiguës			Insuffisance respiratoire, BPCO
		Asthme			Tuberculose récente
		Embolie pulmonaire			Cancer
Autres (précisez notamment les antécédents chirurgicaux) :					

Pathologies infectieuses

ATCD	En cours	
		Syndromes infectieux généraux (précisez) :
		Syndromes infectieux locaux (précisez) :
		Infections urinaires basses

Affections dermatologiques

ATCD	En cours	
		Escarre(s) (localisation) :
		Ulcérations des membres inférieurs
		Autres lésions cutanées (précisez)

Affections ostéo-articulaires

ATCD	En cours		ATCD	En cours	
		Pathologies de la hanche			Fracture(s) : localisation, date :
		Pathologies de l'épaule			Prothèse(s) chirurgicale(s) (précisez) :
		Pathologie vertébro-discale			Polyarthrite et pathologies articulaires
Autres pathologies osseuses (précisez) :					

Affections gastro-entérologiques

ATCD	En cours		ATCD	En cours	
		Affection hépatique, biliaire, pancréatique			RGO, hernie hiatale
		Dénutrition			Hernie, éventration
		Ulcère gastrique			Constipation
		Colopathie			Autre (précisez) :

Affections endocriniennes

ATCD	En cours	
		Diabète : <input type="checkbox"/> DNID <input type="checkbox"/> DID
		Dysthyroïdie (précisez)
		Troubles de l'hydratation
Autres (précisez) :		

Affections uro-néphrologiques

ATCD	En cours		ATCD	En cours	
		Rétention urinaire			Pathologies vésico-prostatiques
		Insuffisance rénale			Incontinence
Autres (précisez) :					

Autres domaines

ATCD	En cours		ATCD	En cours	
		Anémies			Etats cancéreux
		Hémopathies malignes			Syndrome inflammatoire, fièvre inexpliquée
		Pathologies oculaires évolutives			Etat grabataire, trouble de la marche
		Etat terminal			Autre(s) pathologie(s) et/ou allergie(s)
Douleur : <input type="checkbox"/> douleur chronique (localisation) <input type="checkbox"/> douleur aiguë (localisation)					

Le pronostic vital est-il en jeu au quotidien ? Oui Non

La surveillance médicale est-elle pluri hebdomadaire ? Oui Non
Combien de fois ?

Une surveillance infirmière est-elle nécessaire 24h/24 ? Oui Non

La personne présente-elle des troubles psychiatriques stabilisés nécessitant un soutien continu ? Oui Non

La personne nécessite-t-elle une rééducation individuelle fonctionnelle ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Fréquence ?



II. EVALUATION DE L'AUTONOMIE

NOM :

PRENOM :

PSYCHISME	Toujours	Parfois	Jamais
Cohérence (converse et se comporte de façon censée)			
Troubles de la mémoire			
Orientation (se repère dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux)			
Sociable			
Troubles majeurs du comportement :			
- opposition, agressivité			
- agitation			
- cris			
- errance, déambulation			
- état dépressif			
- trouble du sommeil			

TOILETTE	Fait seul correctement	Fait partiellement	Ne fait pas
Habitudes : lavabo <input type="checkbox"/> douche <input type="checkbox"/> bain <input type="checkbox"/> Fréquence ?			
Toilette du haut			
Toilette du bas			

HABILLAGE	Fait seul correctement	Fait partiellement	Ne fait pas
Enfilage / déshabillage du haut du corps			
Enfilage / déshabillage du bas du corps			
Boutonnage vêtements (fermeture éclair, ceintures, bretelles, boutons...)			

ALIMENTATION	Fait seul correctement	Fait partiellement	Ne fait pas
Se servir (remplir un verre, couper la viande, peler en fruit)			
Manger			

Type d'alimentation :

- Normale oui non
- Mixée oui non
- Viande moulinée oui non
- Entérale oui non
- Régime (si oui, précisez lequel) oui non
- Bon appétit oui non
- Complément alimentaire oui non
- Prothèse dentaire oui non

Poids :

Taille :

IMC :

Addiction : oui non

(si oui, précisez) :

ELIMINATION	Autonome	Aide occasionnelle	Aide permanente	Fréquence
Elimination urinaire				
Elimination fécale				

- Incontinence urinaire oui non
- Incontinence fécale oui non
- Tendance à la constipation oui non
- Protection oui non
- Sonde urinaire oui non
- Colostomie oui non

TRANSFERTS	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Se lever			
Se coucher			
S'asseoir			

- Prescription de contention oui non

DEPLACEMENTS	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Déplacement à l'intérieur (y compris l'enceinte de l'établissement ou la cour/le jardin de la maison)			
Déplacement à l'extérieur			

Aides matérielles :

- Canne(s) oui non
- Déambulateur oui non
- Fauteuil roulant oui non
- Orthèse, appareillage oui non
- Semelles oui non

COMMUNICATION et RELATION

Vision :

- Bonne (avec ou sans lunettes) oui non
- Affaiblie oui non
- Nulle oui non
- Port de lunettes oui non



Audition :

- Bonne naturellement oui non
- Bonne avec prothèse(s) auditive(s) oui non Si, oui droite gauche

- Nulle oui non

Expression verbale :

- Normale oui non
- Difficulté d'expression oui non
- Si oui, précisez :

Activités occupationnelles :

- Autonome oui non
- Activités diverses sur proposition oui non
- Totalement passif oui non

	Fait seul et correctement	Fait seul, parfois de façon injustifiée	Ne fait pas
Utilisation des moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme)			

Fait à :

Le : / /

Par :

(Grade et signature)

Important :

Les éléments du dossier médical sont partagés par l'équipe médicale et para médicale. La confidentialité des données relatives au résident est garantie dans le respect de la réglementation en vigueur.

En particulier, la consultation du dossier médical et de soins est exclusivement réservée au personnel autorisé selon la règlementation et par le résident et la personne de confiance qu'il aura désignée.



III. HABITUDES DE VIE

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance : / /

Lieu de Naissance :

Dernière adresse personnelle :

Situation de famille :

Nombre d'enfant(s) :

Parce que mieux vous connaître, nous permettra de mieux respecter vos habitudes,
nous vous demandons de bien vouloir répondre à ces quelques questions...

A renseigner en famille !

Votre vie :

Quelle est votre région d'origine ?

Exerciez-vous un métier ? Le(s)quel(s) ?

Dans quel type de logement habitez-vous ?

Maison

Appartement

Ville

Campagne

Autres

Précisez.....

Vos goûts :

Avez-vous des mets préférés ?

oui

non

Si oui, lesquels ?

Avez-vous des boissons préférées ?

oui

non

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous l'habitude de prendre un goûter ?

oui

non

Avez-vous des mets ou des boissons que vous n'aimez pas ?

oui

non

Si, oui lesquelles ?.....

Votre santé :

Vers quelle heure avez-vous l'habitude de vous coucher ?

Avez-vous des habitudes particulières au moment du coucher ?.....

Comment qualifieriez-vous la qualité de vos nuits ?

Bonne Mauvaise

Autre

Est-ce que vous diriez que vous êtes en bonne santé ?

Oui Non

Autre

Avez-vous bon, et beaucoup d'appétit ?

Oui Non

Remarque(s) :

Vos loisirs :

Avez-vous des loisirs ? oui non

Quels sont-ils ?

Aimez-vous les promenades ? oui non

Aimez-vous le jardinage ? oui non

Aimez-vous les activités manuelles ? oui non

Si oui, lesquelles ?.....

Aimez-vous les jeux de société ? oui non

Regardez-vous la télévision ? oui non

Si oui, quels sont vos émissions préférées ?

.....

Ecoutez-vous de la musique ? oui non

Si oui, quel(s) style(s) de musique préférez-vous ?

Ecoutez-vous la radio ? oui non

Si oui, y a-t-il des émissions que vous préférez ?

.....

Lisez-vous ? oui non

Quel(s) type(s) d'ouvrage ?

.....

Aimez-vous voyager ? oui non

Avez-vous fait des voyages ? oui non

Si oui, le(s)quel(s) ?



Quelle est votre religion ?

Etes vous pratiquant ?

oui

non

Faites-vous beaucoup de sorties ?

oui

non

Des soirées avec des amies, de la famille ?

oui

non

Faites-vous partie d'une association, d'un club de loisir, d'un club du troisième âge ?

oui

non

Le(s)quel(s) ?

Remarques particulières :

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous transmettre ces informations.

Date :

Nom de la personne ayant rempli ce document :

SYNTHESE de la VISITE de PRE-ADMISSION :

Futur(e) résident(e)

- NOM :

- Prénom :

- Date de la visite de pré admission : / /

- Synthèse concernant l'état général et le degré d'autonomie de la personne :

- AVIS médical sur l'admission dans l'établissement :

Remise du livret d'accueil de la structure	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Remise du contrat de séjour, explications et proposition d'un RDV ultérieur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Remise du règlement de fonctionnement, explications et proposition d'un RDV ultérieur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Informations données sur le droit de revenir sur la décision d'admission à tout moment	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Informations données sur le libre choix des prestataires au sein de l'EHPAD (médecins, libéraux, transports, coiffeur ...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Donnez vous votre accord pour que votre traitement soit préparé par la pharmacie de Rocroi dans le cadre d'une convention signée avec l'établissement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

- *Signature futur(e) résident(e) ou personne ressource ayant assisté à la visite de pré admission :*

- *Signature des agents ayant assistés à la visite de pré admission :*

Nom-Prénom-qualité

Nom-Prénom-qualité

Nom-Prénom-qualité

Nom-Prénom-qualité

AVIS DE LA DIRECTION SUR L'ADMISSION :

Date :

