

Rééducation et suivis spécialisés

- ☐ Kinésithérapeute
☐ Psychomotricien(ne)
☐ Ergothérapeute

- ☐ Orthophoniste
☐ Psychologue
☐ Psychiatre

Autres

Infection aux bactéries multi résistantes ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui. Localisation :

Examens pratiqués dans le domaine neurologique ?

- ☐ Bilan neuro-psychologique (score MMS,...)
☐ Consultation mémoire
☐ Scanner cérébral
☐ IRM

SURVEILLANCE ET SOINS INFIRMIERS

- ☐ Injections
☐ Soins d'une stomie
☐ Surveillance fréquente de certaines constantes
☐ Surveillance de troubles psychiques
☐ Pansements
☐ Soins d'escarres
☐ Sonde gastrique
☐ Nutrition entérale
☐ Oxygène
☐ Aérosols
☐ Aspirations trachéo-bronchiques
☐ Sondages intermittents
☐ Sonde à demeure
☐ Autres (à préciser) :
.....
.....
.....

MATERIEL UTILISE

- ☐ Fauteuil roulant
☐ Canne, déambulateur
☐ Extracteur d'oxygène
☐ Lit médicalisé
☐ Matelas anti-escarre ou coussins
☐ Autres (à préciser) :
.....
.....

Je soussigné, Docteur

Nom, Prénom :
Téléphone :

- ☐ Médecin traitant
☐ Médecin de l'établissement

Fait à.....le :.....
Signature et cachet

Date de réception de la demande :

Dossier n°:



DIRECTION DEPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'AIN

DEMANDE D'ADMISSION en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Recueil d'informations médicales



Dossier à envoyer sous pli confidentiel

Demande établie pour :

Nom :

Prénoms :

Nom de Jeune Fille :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Courriel:

La demande a été établie par : (cocher d'un X la case appropriée)

☐ Le candidat à l'entrée

☐ Une autre personne Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté :

☐ Un établissement Nom :

Téléphone : (de la personne qui a constitué le dossier)

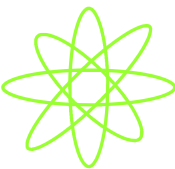
La Personne est-elle informée de la demande ? ☐ Oui ☐ Non

Est-elle consentante ? ☐ Oui ☐ Non

Le certificat médical est à remplir très soigneusement par le médecin.

Toute mention incomplète ou erronée pouvant masquer une infirmité pourrait entraîner secondairement le réexamen de la demande d'admission.

Un questionnaire médical rempli avec soin, servira, non seulement au moment de l'admission, afin que l'on puisse donner une suite favorable à la demande, mais encore et surtout, à l'amélioration de la prise en charge médicale du résident.



A remplir par le médecin

MOTIF D'ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT

.....
.....
.....
.....
.....

POIDS :

TAILLE:

IMC :

PATHOLOGIES ACTUELLES

.....
.....
.....
.....

SURDITE ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

CECITE ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

ANTECEDENTS : Médicaux

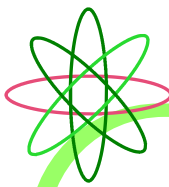
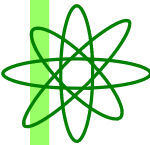
Date

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ANTECEDENTS : Chirurgicaux

Date

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	



TRAITEMENT ACTUEL:

.....
.....
.....
.....

INJECTIONS

.....
.....

DERNIERS RESULTATS BIOLOGIQUES

.....
.....
.....

VACCINS

◇VAT (Antitétanique).....Date.....

◇PNEUMO 23.....Date.....

◇Autres Précisez.....

◇Statut vaccinal inconnu

ALLERGIES : médicamenteuses

.....

ALLERGIES : autres

.....
.....

REGIME ALIMENTAIRE

.....
.....

SURVEILLANCES PARTICULIERES

- ☐ Troubles cognitifs
- ☐ Chutes répétées
- ☐ Troubles de la déglutition
- ☐ Insuffisance respiratoire grave
- ☐ Troubles du sommeil

Troubles du comportement

- ☐ Dangereux pour lui-même
- ☐ Dangereux pour les autres
- ☐ Agressivité
- ☐ Déambulation
- ☐ Fugues

Agitation

- ☐ Psychomotrice
- ☐ Verbale

Commentaires.....