



Dossier Médical de demande d'admission en établissement pour personnes âgées

Conforme à l'article D.312-155-1 du code de l'action sociale et des familles

Vous pouvez retourner ce dossier médical sous pli confidentiel

- 1. en le renvoyant au 83 Avenue de la république 91230 MONTGERON*
 - 2. ou en le faxant au 01.69.03.02.50*
 - 3. ou en le mailant à medecinco@melavie.fr*
- à l'attention du Médecin coordonnateur de l'établissement*

www.melavie.fr

**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 **PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**

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

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				

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		

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

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

Soins: Rigueur informatique au service de l'humain

Histoire de vie

Habitude de vie

Plan de soins personnalisé

Projet de vie discuté avec entourage

Transmission ciblée: Action / résultat

Disponible au chevet du résident



Histoire de vie
Votre enfance
Son père Louis est né en 1960 et est décédé quand sa fille était jeune (4-5 ans), il avait une petite exploitation agricole avec un atelier mécanique. Il était bourguignon, ils habitaient un petit village.
Marie, sa mère s'est mariée jeune à un homme plus jeune. La famille s'est appauvrie après la mort de son père et la crise de 29.

Habitudes de vie
Date de mise à jour : 27/09/2015
Fonctions cognitives:
Cohérent Aide partielle/stimulation
Orientation temps: Autonome
Orientation espace: Autonome
Sortie extérieure: Accompagnée

Liste des transmissions des 3 derniers jours

Ident	Cible	Infos	Donnée(s)	Action(s)
OT Rose	FAMILLE		12/01/2016 09:25 BRUGERE Jovite Contact pris ce jour avec son fils pour l'aviser des problèmes rencontrés avec les appareils	12/01/2016 09:25 BRUGERE Jovite Je lui ai proposé de les emmener chez Audika pour avoir un diagnostic de la panne et le tiend
Suzanne	CONSTANTES		12/01/2016 09:22 BOLLANGER Jovite ALERTE : Pression artérielle Générée automatiquement depuis la saisie de la mesure Pression	
Andrée	OBSERVATIONS		12/01/2016 06:41 MARTINS Severine Recommandation de soins	

L'équipe soignante de Mélavie accompagne votre proche au quotidien avec une volonté de:



transparence d'explication



concertation de la famille / proche



humanité

Une équipe: pour prendre soins de vous

