

Mélavie



**Dossier Médical
Admission**

**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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Alcool | Si oui, préciser (localisation, etc.) | |
| Tabac | Préciser la date du dernier prélèvement | |
| Sevrage | | |

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



DIRECTION
Madame BRUNSON et Madame BORDJI

MÉDECIN COORDONNATEUR
Dr. BAIL

NOS MÉDECINS PRESCRIPTEURS :
Dr. BOUGATI, Dr. COULON, Dr. CANIONI, Dr. BEKRI, Dr. DESBONNET, Dr. TRAN

INFIRMIERE CADRE
Elsie

NOS INFIRMIERES
Nadjati, Georgiana, Philomène

Sorties culturelles - Restaurant
Cyrille

Kinésithérapie
Idriss, Lova, Chantal, Katalyne

Orthophoniste
Anh Audrey

Psychomotricité
Emma

Animations
adaptées

Marche
accompagnée
Bénévoles

Musicothérapeute
Olivia

Réflexologie
Nathalie

Psychologue
Kim

Yoga
Mona

Ergothérapeute
Marie

Sonothérapeute
Nathalie

NOS AS
équipe bleue / équipe orange

SERVICE RESTAURATION
Olga, Olivier, Mustapha, Meddi

NOTRE EQUIPE ASH

RESPONSABLE COMMUNICATION
Lucie

SERVICE LINGERIE
Ruth

AMBASSADRICE / CHARGÉE DE RÉSEAU
Anne-Gaëlle

COMPTABILITÉ
Régine

SERVICE ENTRETIEN
Saadi

