







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) (sulvi, s'il y a lieu du nom d'usage) Date de naissance Prénom(s) 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)
CONDUITES A RISQUE OUI NON PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE NE SAIT OU NON
Alacel PAS COT COT
Tabac Si Oui, preciser (localisation, etc.)
Sevrage Préciser la date du dernier prélèvement Poids FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON RISQUE DE FAUSSE ROUTE Kinésithérapie Orthophonie Surdité Autre (préciser)

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

	DO	COIVI	EIN	•	VII	וט	ICAL A METTRE 3003 PLI CONFIDENTIEL			
DONNEES SUR L'AUTONOMIE			Į	A B	C		SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX OUI NON			
Transfert			\dashv	4	Ц		Idées délirantes			
Déplacements	_	intérie	_	+	Н		Hallucinations			
	_	extérie	eur	+	Н		Agitation, agressivité (cris)			
Toilette		Haut Bas		+	Н		Dépression			
	Urinaire		十	Ť	Ħ		Anxiété			
Elimination	Fécale			†	П		Apathie			
Habillage	Haut			Ī	$\overline{\square}$		Désinhibition			
	Moyen			4	Ц		Comportements moteurs			
		Bas		+	Н		Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées)			
Alimentation		Se servir		+	Н		Troubles du sommeil			
	Manger		\dashv	+	Н		Troubles du sommen			
Orientation Communication pour alerter		Temps		+	Н					
		Espace		Ť	Ħ		Soms reciniques	DUI	NON	
Cohérence			十	Ť	Ħ		Oxygénothérapie Fauteuil roulant	=	\blacksquare	
eserenee		_			ш		Sondes d'alimentation Lit médicalisé	\dashv	\blacksquare	
PANSEMENTS OU SOINS CUTA		OUI N	ION				Sondes trachéotomie Matelas anti-escarres		\blacksquare	
Soins d'ulcère		\Box	╗				Sonde urinaire Déambulateur Orthèse	\dashv	\vdash	
Soins d'escarres								\dashv		
		++	\dashv				Colostomie Prothèse Urétérostomie Pace-maker	\dashv	\vdash	
Localisation		\vdash	\dashv				Autoro (referent		==	
Stade		\vdash	_				Appareillage ventilatoire Autres (preciser)			
Durée du soin	urée du soin									
Type de pansement							Chambre implantable			
							Dialyse péritonéale			
COMMENTAIRES ET RECOMM	ANDA	ITIONS	EVE	NT	UEI	LES	s (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,)			
MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE Nom ADRESSE N* Voie, rue, boulevard	DOS	SIER (S	i dif	fé	ren	t dı	u médecin traitant) Prénom(s)			
N Voie, rue, boulevaru										
Code postal		(Com	m	une	/Vil	lle			
Date			1	Ī						
	_		_	•			Signature			
							-			
cachet du médecin										

L'équipe TBien ÉQUIPE TBIEN Monsieur ROGER DIRECTRICE ADJOINTE - AMBASSADRICE Madame GUEZZAH ADJOINTE DE DIRECTION Madame BORDJI MÉDECIN COORDONNATEUR NOS MÉDECINS PRESCRIPTEURS : Dr. IDIR Dr. BOUGAM, Dr. COULON, Dr. CANIONI, Dr. BEKRI, Dr. DESBONNET, Dr. TRAN INFIRMIERE CADRE NOS INFIRMIERES Jennifer Nadjati, Georgiana, Philomène, Sophie Kinésithérapie Orthophoniste Idriss, Lova, Chantal, Katalyne Anh Audrey Psychomotricité Rachel, Emmi Art thérapeute François Marche accompagnée Bénévoles Musicothérapeute Olivia Masseur étiopathe Paul Psychologue Kim Yoga Mona **Ergothérapeute** Marie Sonothérapeute **Nathalie** SERVICE RESTAURATION NOS AS Olga, Olivier, Mustapha, Meddi équipe bleue / équipe orange RESPONSABLE COMMUNICATION NOTRE EQUIPE ASH Lucie SERVICE ENTRETIEN SERVICE LINGERIE Saadi Ruth COMPTABILITÉ Régine