

Le Manoir

Saurian - Téléphone : 04.67.39.17.23

Télécopie : 04.67.39.55.05

DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION

A remplir par le médecin traitant

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

DATE DE LA DAMANDE :

DATE D'ENTREE ENVISAGEE :

Résidence actuelle :

- Au domicile
- Chez de la famille
- A l'hôpital
- Autre lieu, à préciser :

Nombre d'enfants :.....

Ancienne profession :.....

Le résident est-il informé de son entrée en Maison de retraite ?.....

Est-il consentent ?.....

Motif d'entrée en EHPAD :

Pathologies en cours :

Antécédents personnels :

▪ Médicaux :

▪ Psychiatriques :

Le degré de déambulation du résident nécessite-t-il un placement en unité protégée ? Existe-t-il une tendance à la fugue ?.....

▪ Chirurgicaux :

Pillulier actuel :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher

Addictions :

- Alcool
- Tabac
- Autre, à préciser

Poids :kg

Taille :m

Vaccinations :

- DT Polio
- Pneumocoque
- BCG

Besoins du résident :

COHERENCE Converser et/ou se comporter de façon sensée, adaptée	<input type="radio"/> NORMALE <input type="radio"/> PARTIELLEMENT PERTURBEE <input type="radio"/> TOTALEMENT PERTURBEE <input type="radio"/> DEMENCE DIAGNOSTIQUEE
ORIENTATION DANS LE TEMPS ET DANS L ESPACE	<input type="radio"/> NORMALE <input type="radio"/> ORIENTE AVEC AIDE <input type="radio"/> DESORIENTATION EPISIODIQUE <input type="radio"/> DESORIENTATION TOTALE <input type="radio"/> DEAMBULATION
HUMEUR, COMPORTEMENT	<input type="radio"/> NORMALE <input type="radio"/> APATHIE, DEPRESSION <input type="radio"/> AGITATION, AGRESSIVITE <input type="radio"/> CRIS
TOILETTE, HYGIENE	<input type="radio"/> SEUL <input type="radio"/> STIMULE <input type="radio"/> AIDE <input type="radio"/> DEPENDANCE TOTALE
HABILLAGE	<input type="radio"/> SEUL <input type="radio"/> STIMULE <input type="radio"/> AIDE <input type="radio"/> DEPENDANCE TOTALE
ALIMENTATION, HYDRATATION	<input type="radio"/> SEUL <input type="radio"/> STIMULE <input type="radio"/> ASSISTANCE TOTALE <input type="radio"/> TROUBLE DE LA DEGLUTITION
ELIMINATION	<input type="radio"/> CONTINENCE URINAIRE ET FECALE <input type="radio"/> INCONTINENCE OCCASIONNELLE <input type="radio"/> INCONTINENCE TOTALE

LOCOMOTION	<input type="radio"/> ADAPTEE <input type="radio"/> DEAMBULATION PATHOLOGIQUE <input type="radio"/> FUGUE <input type="radio"/> CHUTES FREQUENTES
TRANSFERTS	<input type="radio"/> AUTONOME <input type="radio"/> AVEC AIDE <input type="radio"/> DEPENDANT
DEPLACEMENT A L INTERIEUR	<input type="radio"/> AUTONOME <input type="radio"/> AVEC AIDE D UNE PERSONNE <input type="radio"/> AVEC CANNE OU DEAMBULATEUR <input type="radio"/> EN FAUTEUIL ROULANT
DEPLACEMENT A L EXTERIEUR	<input type="radio"/> FAIT SEUL <input type="radio"/> AVEC AIDE <input type="radio"/> NE FAIT PAS
DOULEUR	<input type="radio"/> PHYSIQUE, où ?..... <input type="radio"/> MORALE (anxiété, pleurs, dépression)

Soins spécifiquement infirmiers :

- **Pansements, nombre et localisation :**.....
.....
- Soins d'ulcère
- Soins d'escarre
- Pansements divers
- **Sondes**
 - Sonde à oxygène
 - Sonde naso-gastrique
 - Sonde de trachéotomie
 - Sonde urinaire
 -
- **Stomies**
 - Urétérostomie
 - Colostomie
 - Gastrostomie
- **Appareillage divers**
 - Pace-maker
 - Chambre implantable
 - Prothèse
 - orthèse
- **Situation de soins palliatifs**
 - OUI
 - NON

Dossier complété par :

Date :