



Pôle établissements médico-sociaux
EAUX VIVES – PRIEURE

Dossier Médical

Ce dossier doit être rempli par votre médecin
(traitant, hospitalier etc)

Destiné au médecin coordonnateur de l'établissement,
il sera inséré, sous pli confidentiel, dans le dossier de
demande d'entrée en établissement.

1 / RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Madame

Monsieur

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Jour Mois Année

Lieu de naissance : Département :

Adresse :

.....Code Postal : Ville :

Médecin Traitant :

Nom et Prénom :

Adresse :

.....Code Postal : Ville :

 | | | | | | | | | | | | | | | |

2 / PROTECTION JURIDIQUE

Nom et Prénom :

TUTELLE*

CURATELLE*

MANDATAIRE*

Adresse :

.....Code Postal : Ville :

 | | | | | | | | | | | | | | | |

* Veuillez entourer la protection existante

3 / ANTECEDENTS – DIAGNOSTIC – ORIGINE DU HANDICAP

<input type="checkbox"/> Délire <input type="checkbox"/> PMD <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Tr. Mnésiques <input type="checkbox"/> Dém. Alzheimer <input type="checkbox"/> Dém. Mixte <input type="checkbox"/> Dém. Vasculaire	<input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AIT <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> SLA <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> H - / H + thyroïde <input type="checkbox"/> Diabète type 1 <input type="checkbox"/> Diabète type 2 <input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Artérite <input type="checkbox"/> Insuff. Cardiaque <input type="checkbox"/> HTA IDM Angor <input type="checkbox"/> Pace-maker / stent <input type="checkbox"/> AC/FA <input type="checkbox"/> OAP / embolie	<input type="checkbox"/> Polyarthrose <input type="checkbox"/> Poly. Rhumatoïde <input type="checkbox"/> Spond. Ankylos. <input type="checkbox"/> Lombo – sciatique <input type="checkbox"/> PTH <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Paget <input type="checkbox"/> Fracture (préciser)	<input type="checkbox"/> Cécité : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> DMLA <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> BPCO / DDB <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> O2 thérapie	<input type="checkbox"/> Néoplasie <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Métastases <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
--	---	--	--	---	--

Vaccins à jour : Oui Non

Si non, lesquels ? :

Dernier poids connu : **Taille :**..... **IMC :**

Allergies connues :

Dénutrition : Oui Non

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX PRINCIPAUX :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 / AUTRES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

.....

.....

.....

5 / ETAT DE SANTE ACTUEL

Existence de troubles des fonctions cognitives	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Existence de troubles psycho comportementaux	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
♦ Fugues :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
♦ Déambulation :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
♦ Agressivité :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
♦ Autres :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, à préciser :				
Tabac	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Dépendance alcoolique	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Existence de problèmes de chutes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Existence de troubles visuels	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, port de lunettes :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Existence de troubles auditifs	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, port de prothèse auditive :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Existence de problèmes dentaires	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, port de prothèse dentaire :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Trouble de mastication	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Trouble de déglutition	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Douleur :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, quantifiable par la personne, cotation de 1 à 10 :				
Evènements motivant une entrée en institution :				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
Prise en charge ALD :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, pour quelle(s) affection(s) :				
.....				
Date de fin (si elle existe) :				

6 / COMPENSATION DES DEFICIENCES ET HANDICAPS

Suivi d'une consultation mémoire : OUI non

.....

.....

Lieu et nom du médecin :

.....

.....

**7 / TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX
(Kinésithérapie, orthophonie, psychologue,
pansements etc.)**

.....

.....

.....

**8 / AIDES APPORTEES, HUMAINES OU MATERIELLES
(Aides à domicile, déambulateur, fauteuil roulant,
lit médicalisé, matelas anti-escarres etc.)**

.....

.....

Contention : Oui Non

.....

9 / GRILLE AGGIR

Nom et Prénom :

Date de l'évaluation : Groupe Iso-Ressources :

Cocher la ou les cases concernées :

		NE FAIT PAS	S	T	C	H	AUCUN adverbe ne pose problème
1. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Elimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Orientation	Dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cohérence	Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S : Spontanément T : Totalemnt C : Correctement H : Habituellement

C- NE FAIT PAS : la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes (S T C H)

B- S T C H : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas, identifier 1 ou 2 ou 3 adverbes, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend indispensable l'intervention d'un tiers.

A- AUCUN adverbe ne pose problème : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

10 /EVENEMENTS RECENTS ET OBSERVATIONS

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

La personne est-elle consentante à son entrée en institution ?

OUI non

Pour la réalisation de ce dossier médicale, avez-vous pu recueillir le consentement de votre patient ?

OUI non

Si non, pourquoi ?

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

Nom du médecin qui a complété le dossier (à renseigner obligatoirement) :

Nom et Prénom :

Adresse :

..... **Code Postal :** **Ville :**

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date :

Signature et Cachet du médecin: