

DOSSIER MEDICAL COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT

Document médical confidentiel à renseigner par le médecin en collaboration

avec l'initiateur de la demande

A mettre sous **pli confidentiel**

à compléter par l'établissement

Date d'inscription

N° d'inscription

Précaution Urgence Autre

LA PERSONNE CONCERNEE

NOM/PRENOM

Date de naissance

Lieu de vie actuel¹

Adresse

N° de téléphone

Est-elle informée de la demande? oui non

En accord avec cette demande? oui non

¹ chez les enfants, à domicile, en établissement....

DEMANDE FAITE PAR

NOM/PRENOM

Qualité²

N° de téléphone

² lien de parenté

MOTIFS DE LA DEMANDE

Changement de structure

Retour d' hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres

TYPE D'HEBERGEMENT DEMANDE

Hébergement temporaire oui non

Hébergement permanent oui non

Accueil de jour oui non

Accueil de nuit oui non

Accueil d' urgence oui non

MESURE DE PROTECTION

oui non

NOM/PRENOM

Adresse

N° de téléphone

PERSONNE A CONTACTER POUR LA SUITE DU DOSSIER

NOM/PRENOM

Adresse

N° de téléphone

FICHE DE DEPENDANCE (AGGIR)

		A	B	C
Toilette	Haut			
	bas			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Transfert				
Déplacement	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Communication pour alerter				
Orientation				
Cohérence				
calcul du GIR				

FONCTIONS SENSORIELLES

	bonne	moyenne	mauvaise
Vision			
Audition			

APPAREILLAGES

	oui	non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Autres (préciser)		

REGIME ALIMENTAIRE

Si Oui, lequel	Sonde naso gastrique	
	GPE	

MEDECIN TRAITANT

NOM/PRENOM

Commune

N° de téléphone

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM/PRENOM

Lien de parenté

Adresse

N° de téléphone

N° de portable

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

		oui	non
Agitation	Diurne / Nocture		
Agressivité	Diurne / Nocture		
Déambulation	Diurne / Nocture		
Conduite à risques	Tabac		
	Alcool		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

Localisation	
Stade	
Durée du soin	
Type pansement	

REEDUCATION

	oui	non

OXYGENOTHERAPIE

	oui	non

INTERVENANTS EXTERIEURS

	oui	non
Auxiliaire de vie		
Infirmière ou service		
Kinésithérapeute		
Autre (préciser)		

TRAITEMENT(S) EN COURS

PATHOLOGIES ACTUELLES	
	ALD ³

ANTECEDENTS
----- Médicaux -----
----- Chirurgicaux -----

GERE SEUL SON TRAITEMENT
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

3 cocher les pathologies

MEDECINS SPECIALITES

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

ALLERGIES (dont MEDICAMENTEUSES)
Précisez <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

TAILLE	POIDS

VACCINATIONS (dates des derniers rappels)
Anti-tétanique
Anti-pneumococcique
Anti-grippal

DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT (cachet obligatoire)

Par avance, merci de votre coopération.

Nous vous demandons de bien vouloir confirmer cette inscription chaque année par écrit, ainsi que tout changement de situation.