



DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

>>A faire compléter par le Médecin Traitant, en lien avec les éléments médicaux recueillis dans le dossier national d'inscription

NOM :

PRENOM :

Date et lieu de naissance :

Poids et taille à la date du :

NOM du Médecin Traitant :

Date de réalisation de l'examen :

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

**Cœur :*

-Pouls :

-Température :

-Antécédents :

-Etat actuel :

**Vaisseaux :*

-Antécédents :

-Etat actuel :

EXAMEN PULMONAIRE :

-Antécédents :

-Etat actuel :



APPAREIL DIGESTIF :

-Antécédents :

-Etat actuel :

APPAREIL GENITO-URINAIRE :

-Antécédents :

-Etat actuel :

NEUROLOGIE :

-Antécédents :

-Etat actuel :

ÉTAT INTELLECTUEL- CAPACITÉS RESIDUELLES :

-Antécédents :

-Etat actuel :

APPAREILLAGES :

ASPECTS RELATIONNELS et COGNITIFS :



ELEMENTS DIVERS :

TRAITEMENT AU JOUR DE L'EXAMEN :

Nom du médicament :

Fréquence d'administration :

Matin

Midi

SOIR

NUIT

ACTES de LA VIE COURANTE : merci d'entourer la situation correspondante à la situation et aux besoins d'accompagnement du futur résident :

Manger :

*Seul avec difficulté mais sans aide/ avec aide partielle/
avec aide complète/ avec assistance totale.*

S'habiller :

*Seul avec difficulté mais sans aide/ avec aide partielle/
avec aide complète/ avec assistance totale.*

Faire sa toilette :

*Seul avec difficulté mais sans aide/ avec aide partielle/
avec aide complète/ avec assistance totale.*

Se lever/Se coucher :

*Seul avec difficulté mais sans aide/ avec aide partielle/
avec aide complète/ avec assistance totale.*

Se déplacer/ s'asseoir :

*Seul avec difficulté mais sans aide/ avec aide partielle/
avec aide complète/ avec assistance totale.*



Uriner :

Seul avec difficulté mais sans aide/ avec aide partielle/ avec aide complète/ avec assistance totale.

SPECIFICITÉS :

Mémoire des faits récents : OUI NON

Mémoire des faits anciens : OUI NON

Etat délirant : OUI NON

Etat dépressif : OUI NON

Désorientation :

Dans le temps : OUI NON

Dans l'espace : OUI NON

Risque(s) de fugue : OUI NON

Agitation : OUI NON

Besoin renforcé de surveillance : OUI NON

Besoin de surveillance

dans l'observation du traitement : OUI NON

Déplacement en fauteuil roulant : OUI NON

Canne/Déambulateur : OUI NON

Nécessités de barrières au lit : OUI NON

(Si oui, une prescription écrite spécifique est demandée).

Nécessité de couches le jour : OUI NON

Nécessité de couches la nuit : OUI NON

Régime alimentaire : OUI NON

Si oui, typologie :



Soins infirmiers spécifiques :

(Pansements, injections, surveillances particulières...)

OUI

NON

Si oui, merci de préciser :

ACTIVITÉS HABITUELLES : *centres d'intérêt, loisirs pratiqués, goûts, préférences et éventuelles aversions et/ou intolérances :*

Le Médecin Traitant soussigné certifie que son examen ne relève pas de contre-indication à l'admission en accueil de jour, accueil temporaire ou accueil classique de son patient au sein de l'établissement,

Fait à

Le

Cachet et signature du Médecin Traitant



NB : *Il est opportun de joindre à ce dossier médical d'admission tout autre document et/ou élément susceptible de préciser la situation médicale du futur résident.*

La Direction insiste sur le caractère obligatoire pour l'entrée au sein de l'établissement de la prescription médicale globale actualisée (médicaments et interventions paramédicales en cours).