

## DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

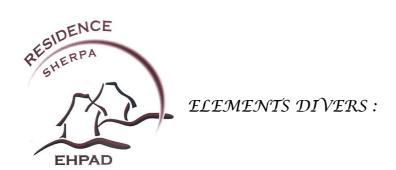
>>A faire compléter par le Médecin Traitant, en lien avec les éléments médicaux recueillis dans le dossier national d'inscription

$\mathcal{N}\mathcal{O}\mathcal{M}$ :	PRENOM:
Date et lieu de naissance :	
Poíds 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:	



All ARLIE Digitily.
-Antécédents :
-Etat actuel:
APPAREIL GENITO-URINAIRE:
-Antécédents :
-Etat actuel:
NEUROLOGIE:
-Antécédents :
-Etat actuel:
TTAT INTELLECTUEL- CAPACITES RESIDUELLES:
-Antécédents :
-Etat actuel:
APPAREILLAGES:

ASPECTS RELATIONNELS et COGNITIFS:



#### TRAITEMENT AU JOUR DE L'EXAMEN:

Nom du médicament :

 ${\it Fr\'equence d'administrat\'ion:}$ 

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'assoir:

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.

## SPECIFICITES:

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

 $\mathcal{N}O\mathcal{N}$ 

Si oui, merci de préciser :

**ACTIVITES 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



<u>NB:</u> 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).