DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Demande urgente OUI ☐ NON ☐

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile[1] ☐

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) ☐, le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement ☐

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI ☐ NON ☐

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées[2] ? OUI ☐ NON ☐

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI ☐ NON ☐

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom	
Adresse - N° Voie, rue, boulevard	
Code postal |_|_|_|_|_|	Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email_____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI ☐ NON ☐

Coordonnées du médecin spécialiste :

[1] Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

[2] Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques	Pathologies actuelles et état de santé[1]
	ALD : OUI ☐ NON ☐

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille		Poids		Amaigrissement récent[2]	Oui	Non

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles[3]	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI☐ NON ☐			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute	Oui	Non	Risque de fausse route	Oui	Non	Soins palliatifs	Oui	Non

[1] Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.
[2] Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).
[3] Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	**Oui**	**Non**	*si oui, précisez :*
Portage de bactérie multi résistante	**Oui**	**Non**	*si oui, précisez :*
	Ne sait pas		
			date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie		**A**[1]	**B**[2]	**C**[3]
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	**À l'intérieur**			
	À l'extérieur			
Toilette	**Haut**			
	Bas			
Elimination	**Urinaire**			
	Fécale			
Habillage	**Haut**			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	**Se servir**			
	Manger			
Alerter				
Orientation	**Temps**			
	Espace			
Cohérence	**Communication**			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques[4]	**Oui**	**Non**
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	**Oui**	**Non**
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres *(précisez) :*		

Soins techniques	**Oui**	**Non**
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Pansements ou soins cutanés	**Oui**	**Non**
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

[1] A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.
[2] B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.
[3] C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.
[4] Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe *(morphine, insuline, ...)*		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement *(préciser)* **:**

Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

// VOLET « AUTONOMIE »

Deux pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme)

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom(s) du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

TOILETTE/ HABILLEMENT

Vous faites votre toilette :

☐ Seul(e) ☐ Avec une aide partielle ☐ Avec une aide complète

Vous vous habillez ou déshabillez :

☐ Seul(e) ☐ Avec une aide partielle ☐ Avec une aide complète

TRANSFERTS/ DÉPLACEMENTS

Vous vous levez du lit seul(e) :	☐ Oui	☐ Avec difficulté	☐ Non
Vous vous mettez (couchez) au lit seul(e) :	☐ Oui	☐ Avec difficulté	☐ Non
Vous vous asseyez au fauteuil seul(e) :	☐ Oui	☐ Avec difficulté	☐ Non
Vous prenez un ascenseur seul(e) :		☐ Oui	☐ Non
Vous montez et descendez les escaliers seul(e) :		☐ Oui	☐ Non
Vous marchez seul(e) :		☐ Oui	☐ Non
Vous marchez avec le soutien d'une canne :		☐ Oui	☐ Non
Vous marchez avec le soutien d'un déambulateur :		☐ Oui	☐ Non
Vous utilisez un fauteuil roulant par intermittence :		☐ Oui	☐ Non
Vous utilisez un fauteuil roulant en permanence :		☐ Oui	☐ Non

COHÉRENCE

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

Vous vous occupez seul (e) de la prise de vos médicaments (dose et horaire) :

☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros…

☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

Vous pouvez vous exprimer et converser :

☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

ORIENTATION

Vous vous repérez dans les moments de la journée : ☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

Vous vous repérez dans les moments de l'année : ☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

Vous vous repérez dans les lieux habituels : ☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

Vous vous repérez dans des lieux inconnus : ☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

SOMMEIL

Votre sommeil est : ☐ Correct ☐ Correct avec un traitement ☐ Difficile

CONTINENCE

Utilisez-vous des protections : ☐ Oui, le jour ☐ Oui, la nuit ☐ Non

Si oui, vous les gérez seul(e) : ☐ Oui ☐ Non

ALIMENTATION

Vous mangez seul(e) : ☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

Vous vous servez seul(e) : ☐ Oui ☐ Avec difficulté ☐ Non

Votre repas doit être : ☐ Mixé ☐ Haché ☐ De texture normale

Précisions éventuelles : _____

_____

_____

_____

Nom de la personne ayant renseigné le volet Autonomie : _____

Fonction ou qualité si cette personne n'est pas le demandeur : _____

Date : _____

Signature