

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES VALIDES ET AUTONOMES (foyer-Logements...)

DOSSIER MEDICAL A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM d'usage _____ Prénom(s) _____

NOM de naissance _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser) _____

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux (prothèses, pile cardiaque...) *renseignements utiles d'appel des services d'urgence*

| |
|--|
| |
|--|

REGIME ALIMENTAIRE

| |
|--|
| |
|--|

ALLERGIES OUI NON Si oui, à préciser _____
(cf. annexe 1 – liste des allergènes)

CONDUITES A RISQUE PORTAGE DE BACTERIE CONTAGIEUSE

| | | |
|-------------------|-----|-----|
| NE SAIT PAS | OUI | NON |
|-------------------|-----|-----|

| | OUI | NON |
|---------|-----|-----|
| Alcool | | |
| Tabac | | |
| Sevrage | | |

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON RISQUE DE FAUSSE ROUTE REEDUCATION OUI NON

Cécité OUI NON Kinésithérapie

Surdité Orthophonie

Autre (préciser) _____

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES VALIDES ET AUTONOMES (foyer-Logements...)**

DOSSIER MEDICAL A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN

| DONNEES SUR L'AUTONOMIE | | A | B | C |
|----------------------------|---------------|---|---|---|
| Transfert | | | | |
| Déplacements | A l'intérieur | | | |
| | A l'extérieur | | | |
| Toilette | Haut | | | |
| | Bas | | | |
| Elimination | Urinaire | | | |
| | Fécale | | | |
| Habillage | Haut | | | |
| | Moyen | | | |
| | Bas | | | |
| Alimentation | Se servir | | | |
| | Manger | | | |
| Orientation | Temps | | | |
| | Espace | | | |
| Communication pour alerter | | | | |
| Cohérence | | | | |

| SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Idées délirantes | | |
| Hallucinations | | |
| Agitation, agressivité (cris...) | | |
| Dépression | | |
| Anxiété | | |
| Apathie | | |
| Désinhibition | | |
| Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>) | | |
| Troubles du sommeil | | |

| PANSEMENTS OU SOINS CUTANES | OUI | NON |
|-----------------------------|-----|-----|
| Soins d'ulcère | | |
| Soins d'escarres | | |
| Localisation | | |
| Stade | | |
| Durée du soin | | |
| Type de pansement | | |

| SOINS TECHNIQUES | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Oxygénothérapie | | |
| Sondes d'alimentation | | |
| Sondes trachéotomie | | |
| Sonde urinaire | | |
| Gastrotomie | | |
| Colostomie | | |
| Urétérostomie | | |
| Appareillage ventilatoire (CPAP,VNI...) | | |
| Chambre implantable | | |
| Dialyse péritonéale | | |

| APPAREILLAGES | OUI | NON |
|-----------------------|-----|-----|
| Fauteuil roulant | | |
| Lit médicalisé | | |
| Matelas anti-escarres | | |
| Déambulateur | | |
| Orthèse | | |
| Prothèse | | |
| Pace-maker | | |
| Autres (préciser) | | |

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (*si différent du médecin traitant*)

NOM _____ Prénom(s) _____

ADRESSE _____

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____

Commune/Ville _____

Date ____ / ____ / ____

Signature

Médecin

Cachet du



ANNEXE 1

Liste des 14 ALLERGENES :

- Céréales contenant du gluten
- Crustacés
- Œufs
- Poissons
- Arachides
- Soja
- Lait et dérivés
- Fruits à coque
- Céleri
- Moutarde
- Sésame
- Lupin
- Mollusques
- Sulfites

Textes applicables :

- **Règlement (UE) n° 1169/2011** concernant l'information du consommateur sur les denrées alimentaires et notamment ses articles 9, 21, 44 et l'annexe II sur les substances ou produits provoquant des allergies ou intolérances.
- **Décret n° 2015-447 du 17 avril 2015** relatif à l'information des consommateurs sur les allergènes et les denrées alimentaires non préemballées.