



DOSSIER ADMINISTRATIF

IDENTITÉ DU PATIENT

Monsieur Madame

NOM : NOM de naissance : Prénom :

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

Téléphone :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Concubinage Veuf (ve) Marié(e) Divorcé(e)/séparé(e) Nombre d'enfants :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Oui Non en cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

ALD

Mutuelle :

Représentant légal : NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

SITUATION

Médecin traitant : Commune :

Démarche sociale en cours : Oui Non

Si oui, nom et téléphone assistant social :

IDENTITÉ DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Monsieur Madame

NOM : Prénom : Lien de parenté :

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Motif de la demande :

.....

.....

.....

ETAT MÉDICO-SOCIAL ACTUEL

Etat clinique du patient : Poids : Kg Taille : cm

Aggravation récente : Oui Non Evolativité

Lieu de vie : vit seul vit avec un conjoint en milieu familial en structure collective sans domicile

Modification(s) du lieu de vie : Oui Non Si oui, le(s)quelle(s) :

Activités quotidiennes effectuées :

Loisirs :

PROJET DE VIE A LA SORTIE

Le patient a-t-il un projet de retour à domicile / retour en structure collective : Oui Non Ne sait pas

La famille adhère-t-elle à ce projet ? Oui Non Ne sait pas

DOSSIER PRE-ADMISSION

ANTÉCÉDENTS SIGNIFICATIFS						MÉDICAMENTS ASSOCIÉES ET ACTUELS				
<p>(familiaux, chirurgicaux, médicaux)</p> <p>Maladie vasculaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :</p> <p>Maladie neurodégénérative : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :</p> <p>Bilan infectieux : Existence d'une BMR : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser + joindre les résultats biologiques <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Mesure d'isolement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>						<p>Alimentation : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> mixée Régime : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) :</p> <p>Merci d'écrire lisiblement ou de joindre une photocopie de la feuille de traitement.</p>				
AUTONOMIE					Score	SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		OUI	NON	
Toilette	4 aide complète	3 aide partielle	2 installation	1 fait seul		Idées délirantes				
Alimentation	4 aide complète	3 aide partielle	2 installation	1 fait seul		Hallucinations				
Déplacement Transfert	4 aide complète	3 aide partielle	2 installation	1 fait seul		Agitation, agressivité (cris...)				
Continence	4 aide complète	3 aide partielle	2 installation	1 fait seul		Dépression				
						Anxiété				
Habillage	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas			Apathie				
Orientation	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas			Désinhibition				
Communiquer pour alerter	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas			Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risques de sorties non accompagnées)				
Cohérence	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas			Trouble du sommeil				
SOINS TECHNIQUES					OUI	NON	PANSEMENTS ET SOINS CUTANÉS		OUI	NON
Oxygénothérapie : O2 : l/min							Soins d'ulcère Si oui, localisation :			
Sondes d'alimentation : <input type="checkbox"/> entérale <input type="checkbox"/> parentérale							Soins d'escarres : Si oui, localisation :			
Sondes trachéotomie							Autre soin cutané Si oui, le(s)quel(s) :			
Sonde urinaire							APPAREILLAGES		OUI	NON
Gastrostomie							Fauteuil roulant			
Colostomie / iléostomie							Lit médicalisé			
Urétérostomie							Matelas anti-escarres → type ?			
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI....)							Déambulateur			
Chambre implantable							Prothèse			
Dialyse : préciser :							Autres : <input type="checkbox"/> Béquilles <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Orthèse Préciser :			
MEDECIN QUI A RENSEIGNER LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)										
NOM : Prénom : Téléphone :										
Date :/...../.....										
Signature et cachet du médecin										