

DOSSIER MEDICAL A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

(2 PAGES)

PERSONNE CONCERNEE

AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

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

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (*préciser*)

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

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom - Prénom

ADRESSE - N° Voie,

rue, boulevard

Code

Commune/Ville

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

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES

PATHOLOGIES ACTUELLES

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

TRAITEMENTS EN COURS — JOINDRE LES ORDONNANCES

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

Taille

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

Poids

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

Amaigrissement récent

Oui

Non

CONDUITES A RISQUE

Alcool
Tabac
Sevrage

| Oui | Non |
|-----|-----|
| | |
| | |
| | |

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité
Surdité

| Oui | Non |
|-----|-----|
| | |
| | |
| | |

REEDUCATION

Kinésithérapie
Orthophonie
Autre (*à préciser*)

| Oui | Non |
|-----|-----|
| | |
| | |
| | |

RISQUE DE CHUTE

Oui Non

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

Oui Non

SOINS PALLIATIFS

Oui Non

ALLERGIES

Oui Non

si oui, préciser

PORTAGE DE BACTERIE

Oui Non

si oui, préciser

MULTIRESISTANTE

Ne sait pas

date du dernier prélèvement

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

A² B³ C⁴

| | | A ² | B ³ | C ⁴ |
|----------------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Transfert | | | | |
| Déplacement | à l'intérieur | | | |
| | à l'extérieur | | | |
| Toilette | haut | | | |
| | bas | | | |
| Elimination | urinaire | | | |
| | fécale | | | |
| Habillage | haut | | | |
| | moyen | | | |
| | bas | | | |
| Alimentation | se servir | | | |
| | manger | | | |
| Orientation | temps | | | |
| | espace | | | |
| Communication pour alerter | | | | |
| Cohérence | | | | |
| Comportement | | | | |
| A compléter ??? | | | | |

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Oui Non

- | | Oui | Non |
|--------------------------------------|-----|-----|
| Idées délirantes | | |
| Hallucinations | | |
| Agitation, agressivité (cris...) | | |
| Dépression | | |
| Anxiété | | |
| Apathie | | |
| Désinhibition | | |
| Comportements moteurs aberrants | | |
| - déambulations pathologiques | | |
| - gestes incessants | | |
| - risque de sorties non accompagnées | | |
| Troubles du sommeil | | |

APPAREILLAGES

Oui Non

- | | Oui | Non |
|-----------------------|-----|-----|
| Fauteuil roulant | | |
| Lit médicalisé | | |
| Matelas anti-escarres | | |
| Déambulateur | | |
| Orthèse | | |
| Prothèse | | |
| Pace-maker | | |
| Autres (préciser) | | |

SOINS TECHNIQUE

Oui Non

- | | Oui | Non |
|---------------------------------|-----|-----|
| Oxygénothérapie | | |
| continue | | |
| Non continue | | |
| Sondes d'alimentation | | |
| Sondes trachéotomie | | |
| Sonde urinaire | | |
| Gastrotomie | | |
| Colostomie | | |
| Urétérostomie | | |
| Appareillage ventilatoire | | |
| Chambre implantable | | |
| Dialyse péritonéale | | |
| Pompe (morphine, insuline, ...) | | |

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

Oui Non

- | | Oui | Non |
|------------------|-----|-----|
| Soins d'ulcère | | |
| Soins d'escarres | | |

Localisation :

Stade :

Durée du soin :

Type de pansement (à préciser : pression négative, ...) :

COMMENTAIRES (MMS, évaluation gérontologique, ...) ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs, ...)

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

SIGNATURE, DATE ET CACHET DU MEDECIN

Nom – prénom

adresse

N° de téléphone

² A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement³ B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement⁴ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement