

DOSSIER ADMINISTRATIF

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE :

Monsieur

Madame

NOM : NOM de jeune fille :

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

Représentant légal : NOM : PRENOM :

Adresse :

Téléphone : Lien de parenté : Oui Non Si oui, lequel :

IDENTITE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Monsieur

Madame

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

..... Téléphone :

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION :

Médecin traitant :

ETAT MEDICO-SOCIAL ACTUEL :

Etat clinique du patient : Poids : Kg Taille : cm Aggravation récente : Oui Non Evolutivité

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

<p align="center"><u>ANTECEDENTS SIGNIFICATIFS</u> (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><u>Bilan infectieux</u> : Existence d'une BMR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, merci de joindre les résultats biologiques</p>	<p align="center"><u>MEDICAMENTS ASSOCIES et ACTUELS</u> <i>Merci d'écrire lisiblement ou de joindre une photocopie de la feuille de traitement</i></p>
---	--

AUTONOMIE					Score
Toilette	4 Aide complète	3 Aide partielle	2 Installation	1 Fait seul	
Alimentation	4 Aide complète	3 Aide partielle	2 Installation	1 Fait seul	
Déplacement Transfert	4 Aide complète	3 Aide humaine	2 Aide matérielle	1 Fait seul	
Continence - urinaire - fécale	4 non non	3 non oui	2 oui non	1 oui oui	

Habillage	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas
Orientation	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas
Communiquer pour alerter	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas
Cohérence	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie : O ₂ : l/min		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse : préciser		
Commentaires : merci de préciser la fréquence, taille, heures, date de pose, posologie ...		

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

PANSEMENTS ET SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère (localisation, stade, durée du soin, protocole)		
Soins d'escarres (localisation, stade, durée du soin, protocole)		
Autre soin cutané (type, localisation, durée du soin, protocole)		

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

<u>MEDECIN OUI A RENSEIGNE LE DOSSIER</u> (si différent du médecin traitant) :		
NOM :	Prénom :	Téléphone :
Date :/...../.....		
Signature :		Cachet du médecin