

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

en vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

NOM : Prénom :
Sexe : F M Date de naissance : / /

Motif de demande d'admission en structure d'hébergement pour PA

🔗 Motifs :

- Motifs médicaux Dépendance
 Motifs sociaux Autres :

🔗 Orientation souhaitée :

- Foyer logement EHPAD
 Unité de soins longue durée

Antécédents médicaux - chirurgicaux et allergies

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Etat actuel

🔗 Etat général :

Poids : Taille : Indice Masse Corporelle :
Clairance de la créatinine : ml/min Dénutrition : Oui Non
Ethylysme : Oui Non Tabagisme : Oui Non

🔗 Pathologies instables / fragilités (à préciser avec le type de prise en charge) :

- Troubles de la déglutition
 Pathologies broncho-pulmonaires
 Pathologies cardiaques
 Cancer évolutif
 Pathologies psychiatriques
 Pathologies neurologiques
 Chutes à répétition
 Autres

🔗 Etat cutané - escarres et ulcères :

Localisation	Stade	Taille/diamètre

Dépendance

☞ Dépendance motrice (cf grille aggir)

☞ Dépendance sensorielle

- Troubles visuels ou cécité Troubles auditifs ou surdité totale
 Troubles phasiques ou aphasie totale

☞ Dépendance psychique

Troubles cognitifs : Oui Non Diagnostic : MMS : /30

	Aucun	Léger	Important		Aucun	Léger	Important
Opposition aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de l'élan vital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement en collectivité :

Traitements, besoins de soins et aides techniques

☞ Médicaments et posologie

Médicaments	Posologie

Médicaments	Posologie

☞ Prépare ses médicaments seul : Oui Non - **Prend ses médicaments seul :** Oui Non

☞ Régime alimentaire prescrit :

☞ Kinésithérapie : Oui Non

- ☞ IDE :** Sonde naso gastrique Sonde urinaire Stomie
 Oxygène Assistance respiratoire Trachéotomie
 Dialyse péritonéale ou Hémodialyse Transfusions itératives
 Pansements - durée : BMR : localisation

☞ Aides techniques :

- Fauteuil roulant Déambulateur Matériel de transfert
 Lit médicalisé Matelas (indiquer le type) :
 Périmètre de marche : m Autres (appareillage, ...) :

Grille AGGIR

(Autonomie G erontologie Groupe Iso-Ressources)

NOM : Prénom :

Date de naissance : / /

(*A* : fait seul totalement et habituellement et correctement - *B* : fait partiellement - *C* : ne fait pas)

			A	B	C
01	COHERENCE	Converser et se comporter de façon logique et censée			
02	ORIENTATION	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
03	TOILETTE Haut	Concerne l'hygiène corporelle du HAUT (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffure)			
	Bas	Concerne l'hygiène corporelle du BAS (membres inférieurs, pieds, régions intimes)			
04	HABILLAGE DESHABILLAGE PRESENTATION Haut	Vêtements passés par les bras et/ou la tête			
	Moyen	Fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions			
	Bas	Vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures...			
05	ALIMENTATION Se servir	Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre...			
	Manger	Manger les aliments préparés, les porter à la bouche et les avaler			
06	ELIMINATION Urinaire	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire			
	Anale	Assumer l'hygiène de l'élimination fécale			
07	TRANSFERTS	Se lever, se coucher, s'asseoir ; passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens			
08	DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR	Avec ou sans canne, déambulatoire, fauteuil roulant...			
09	DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
10	COMMUNICATION A DISTANCE	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...			

IMPORTANT :

Nous nous réservons le droit de vous réadresser le patient si l'état clinique ne correspond pas aux renseignements.

SECRET MEDICAL :

Dossier médical à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin responsable de l'établissement d'accueil

Fiche remplie par le Docteur : Date : / /

Signature :

.....
.....
.....
.....

Cachet du médecin ou du service :

.....
.....
.....
.....

Nom du médecin traitant à domicile :

.....

Nom des médecins spécialistes :

.....
.....
.....
.....

Cadre réservé au médecin de l'établissement d'accueil

Accord : Oui Non

Date : / /

Observations :

.....
.....
.....
.....

Nom du médecin : Signature :