

DOSSIER MEDICAL COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT

Document médical confidentiel à renseigner par le médecin en collaboration avec l'initiateur de la demande
A mettre sous pli confidentiel

à compléter par l'établissement

Date d'inscription Urgence Autre

N° d'inscription

LA PERSONNE CONCERNEE

NOM/PRENOM

Date de naissance

Lieu de vie actuel¹

Adresse

N° de téléphone

Est-elle informée de la demande? oui non

En accord avec cette demande?
chez les enfants, à domicile, en établissement..... oui non

DEMANDE FAITE PAR

NOM/PRENOM

Qualité²

N° de téléphone

lien de parenté

MOTIFS DE LA DEMANDE

Changement de structure

Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres

TYPES D'HEBERGEMENT/DEMANDE

Hébergement temporaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hébergement permanent	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Accueil de jour	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Accueil de nuit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Accueil d'urgence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

MESURE DE PROTECTION

oui non

NOM/PRENOM

Adresse

N° de téléphone

PERSONNE A CONTACTER POUR LA SUITE DU DOSSIER

NOM/PRENOM

Adresse

N° de téléphone

FICHE DE DEPENDANCE (AGGR)

	A	B	C
Toilette	Haut bas		
Habillage	Haut		
Alimentation	Moyen Bas		
Elimination	Se servir Manger Urinaire Fécale		
Transfert			
Déplacement	à l'intérieur à l'extérieur		
Communication pour alerter			
Orienteation			
Cohérence			

calcul du GIR

FONCTIONS SENSORIELLES

Vision	bonne	moyenne	mauvaise
Audition			

APPAREILLAGES

Fauteuil roulant oui non

Lit médicalisé

Autres (préciser)

REGIME ALIMENTAIRE

Si Oui, lequel

Sonde naso gastrique GPE

MEDECIN TRAITANT

NOM/PRENOM

Commune

N° de téléphone

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM/PRENOM

Lien de parenté

Adresse

N° de téléphone

N° de portable

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Agitation	Diurne / Nocture	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Agressivité	Diurne / Nocture	
Déambulation	Diurne / Nocture	
Conduite à risques	Tabac	
	Alcool	

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

Localisation

Stade

Durée du soin

Type pansement

REEDUCATION

oui non

OXYGENOTHERAPIE

oui non

INTERVENANTS EXTERIEURS

Auxiliaire de vie

Infirmière ou service

Kinésithérapeute

Autre (préciser)

oui non

