



**Notre Dame de la Paix**

RÉSIDENCE DE RETRAITE MÉDICALISÉE EHPAD

Fondée en 1923

# FICHER MEDICAL D'ADMISSION

(A compléter par le médecin traitant)

**Document couvert par le secret médical à envoyer ou à remettre sous pli confidentiel au Médecin Coordonnateur de la résidence**

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Isolement socio familial  oui  non      Nombre d'enfants : .....

Provenance  Domicile

EHPAD : .....

Hôpital : .....

SSR : .....

Statut juridique  Sauvegarde de justice

Tutelle/Curatelle

Admission  Accord du patient

Accord impossible à obtenir

Demande de l'entourage

➤ **Référent administratif** : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

➤ **Médecin traitant** : .....

➤ **Personne de confiance** : .....

*désignée par écrit par le Résident avant ou lors de son entrée en institution (Loi KOUCHNER du 4 mars 2002)*

➤ **Représentant Légal** (Tuteur ou Curateur) : .....

➤ **Personne à prévenir** (si différente du référent administratif) : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

➤ **Centre de Caisse de Sécurité Sociale** : .....

N° Sécurité Sociale de l'assuré(e) : .....

## COVID-19

Vaccination contre la COVID-19 faite ?

oui  non

Si oui, date de la 1<sup>ère</sup> injection ? .....

Date de la 2<sup>ème</sup> injection ? .....

Si non, consultation pré-vaccinale effectuée auprès du médecin traitant ?

oui  non

Si oui, joindre la feuille d'éligibilité à la vaccination issue de l'enregistrement sur le logiciel « **vaccin covid** » par le médecin traitant lors de cette consultation.

Consentement recueilli par le médecin traitant

oui  non

Cher Confrère,

Nous vous remercions par avance de remplir soigneusement ce dossier médical. Il concerne l'état de santé d'une Personne que vous suivez habituellement. La précision de vos renseignements contribuera à une prise en considération adaptée de votre patient.

Merci de joindre un certificat attestant la non-contagion ainsi qu'un certificat d'aptitude à la vie en collectivité.

Docteur I. KURTZEMANN  
Médecin Coordonnateur

### Motif principal de la demande d'admission Histoire clinique et sociale récente

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

### Facteurs de Risques gériatriques

- Troubles cognitifs et comportementaux  Perte de poids  Dénutrition  Incontinence  
 Chute  Risque d'escarre  Douleurs  Risque médicamenteux (plus de 5 médicaments)

### Antécédents et Pathologies Actuelles

Merci de préciser dans le paragraphe « état actuel » si la pathologie est stable ou en cours d'évolution

Poids :

Taille :

IMC :

Albuminémie :

#### • Mode de Vie – Communication – Environnement

Dépendance dans la réalisation des actes de la vie quotidienne (IADL)

Alcool

Tabac

Troubles visuels →

Lunettes

Troubles auditifs →

Appareillage

Pathologie dentaire →

Prothèse Supérieure et/ou

Prothèse Inférieure

Trouble du langage

Maîtrise de la langue française

Canne

Déambulateur

Fauteuil roulant

Lit médicalisé

matelas anti escarres

Contention fauteuil

Barrières lit

Autres : .....

• **Néphrologie – Urologie**

- Insuffisance rénale                       Clairance de la créatinine : .....ml/mn                       Incontinence urinaire
- Infections urinaires récidivantes                       sonde à demeure                       Dialyse
- Pathologie prostatique :                       autres antécédents : .....

Etat Uro-Néphrologique actuel : .....

• **Affections Neurologiques et Psychiatriques**

**Pathologie Dégénérative Cérébrale :**

- Explorée et Diagnostiquée     Non explorée     Non Diagnostiquée

**Si diagnostiquée, quelle pathologie ? :**

- Maladie d'Alzheimer                       Démence à Corps de Lewy                       Démence Fronto-Temporale
- Démence Vasculaire                       Démence Mixte                       Autre :

- Syndrome Parkinsonien     Maladie de Parkinson     Comitialité     Séquelles d'AVC
- Dépression     Tremblements     Antécédents Neuro- Chirurgical :

**Mini Mental State Examination** : résultats : .....                      date : .....

Evolution :     Débutante                       Modérée                       Modérément - sévère                       Sévère

**Troubles du Comportement**

- Anxiété                       Agitation / Agressivité                       Irritabilité / Instabilité d'humeur                       Dépression /Dysphorie
- Euphorie / Exaltation de l'humeur                       Apathie / Indifférence                       Opposition
- Fugue/ Risque de fugue     Hallucinations     Idées Délirantes                       Désinhibition / Impulsivité
- Troubles du sommeil     Comportement Moteur Aberrant/ Déambulation                       Troubles de l'appétit
- Troubles régressifs (incontinence urinaire  ou/et fécale  )

Autres antécédents neurologiques ou autres tests cognitifs :

Etat neurologique actuel : .....

• **Affections Cardiovasculaires**

Tension artérielle :

- Insuffisance cardiaque                       HTA                       Trouble du rythme :
- Coronaropathie                       Hypotension orthostatique                       Pace maker
- Anticoagulants au long cours :                       Sténose vasculaire                       Chirurgie cardiovasculaire
- Artériopathie                       Phlébite                       Embolie pulmonaire

Autres antécédents cardio-vasculaires :

Etat cardio vasculaire actuel : .....

• **Affections broncho pulmonaires**

Saturation O2 :

- Insuffisance respiratoire     B.P.C.O                       Asthme                       Trachéotomisé
- Oxygène :     permanent     jour     nuit                       Pathologie broncho pleuro pulmonaire :
- Appareil à mucosité     Nébulisateur                       Type d'appareillage et d'aérosol .....

Autres antécédents broncho pulmonaires :

Etat broncho pulmonaire actuel : .....

• **Appareil locomoteur**

*Pathologies :*

- Ostéoporose     Arthrose     Rhumatisme inflammatoire     Goutte/chondrocalcinose
- Amputation     Prothèse     Appareillage     Autres antécédents fonctionnels ou rhumatismaux :

*Topographie de l'incapacité fonctionnelle :*

- Rachis :     cervical     dorsal     lombaire
- Membre supérieur :     épaule     main

Membre inférieur :  Hanche  Genou  Pied

Etat locomoteur actuel / Retentissement sur l'autonomie / Déficience : .....

• **Affections digestives**

Pathologie gastrique  Reflux Gastro-œsophagien  Gastrite  
 Pathologie colique  Diverticulose sigmoïdienne  Constipation  
 Anorexie  Hépatite  Incontinence anale  
 Trouble de la déglutition (fausses routes)  Alimentation Entérale : GPE ou Sonde Nasogastrique

Autres antécédents digestifs :

Etat digestif actuel : .....

• **Pathologies métaboliques**

DID  DNID  Hypothyroïdie  Hyperthyroïdie  Autres antécédents métaboliques :

Etat endocrinologique actuel : .....

• **Pathologies ORL**

Vertiges  Troubles de l'équilibre  Surdité  Autres antécédents ORL :

Etat ORL actuel : .....

• **Pathologies Ophtalmologiques**

Cataracte  Glaucome  DMLA  Rétinopathie  Autres antécédents OPH :

Etat OPH actuel : .....

• **Pathologies bucco dentaires**

Infection  Mycose  Autres antécédents bucco dentaires :

Etat Bucco dentaire actuel : .....

• **Etat cutané**

Escarre  Dermatose  Ulcère  Autres antécédents dermato :

Etat Dermatologique actuel : .....

• **Autres domaines**

Anémie  Transfusions  Addiction  Pathologie cancéreuse  Fin de vie ou Soins palliatifs

Infection nosocomiale :  dépistage BMR  oui  non  date :

Etat actuel : .....

• **Autres pathologies**

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

• **Allergies**

Médicamenteuse :  autres : .....

• **Statut Vaccinal**

Grippe Date :  Pneumocoque Date :  
 Tétanos Date  IDR à la tuberculine Date :  
 Covid-19 Date

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

### • Au niveau fonctionnel

LEVER Du lit  seule  aide partielle  aide totale  
D'un fauteuil  seule  aide partielle  aide totale

### DEPLACEMENTS

Locomotion – membres inférieurs  Correcte  Perturbée Périimètre de marche : .....  
Risques de chutes :  oui  non  
Déambulation sans but :  oui  non  
Est une gêne pour les autres  oui  non si oui en quoi :

MOBILISATION Membres supérieurs  Correcte  Perturbée

### APPAREILLAGE (en cas de personne non valide) :

DEGLUTITION  Correcte  Perturbée  Troubles permanents de la déglutition

EXPRESSION VERBALE  Correcte  Perturbée

• Au niveau psychologique  Coopérant  Opposant  Démissionnaire

• Au niveau alimentation  Normale  Hachée  Mixée  
 Complément nutritionnel  Régime éventuel – Lequel ?

### • Au niveau Unités de Soins

Nécessite une prise en considération spécifique dans une UNITE DE SOINS ALZHEIMER  Oui  Non

### • Traitement actuel

#### SOINS TECHNIQUES INFIRMIERS

Prise du traitement  Oui  Non

Injections  Oui  Non Type :

Perfusions  Oui  Non Type :  sous cutanée  Intraveineuse

Escarres  Oui  Non Type :

Ulcères  Oui  Non Type

Autres pansements  Oui  Non Type

Sonde vésicale  Oui  Non Type :

Autres sondes : préciser .....

Surveillance particulière actuelle .....

#### SOINS KINESITHERAPIQUES

Mobilisations passives  Marche dans barres parallèles  Vélo de rééducation  
 Mobilisations actives aidées  Marche avec aide  Travail de l'équilibre  
 Renforcement musculaire  Escaliers  Apprentissage transferts  
 Postures  Electrothérapie  Thermo ou cryothérapie  
 Massages  Gymnastique orthopédique  Verticalisation  
 Autre

Objectifs et Priorités actuels de Kinésithérapie .....

REEDUCATION ORTHOPHONIQUE  Oui  Non



**TRAITEMENT EN COURS (préciser la posologie exacte) :**

MEDICAMENTS	Date début	A jeun	Matin	Midi	16 h	Soir	Coucher	OBSERVATIONS
-------------	------------	--------	-------	------	------	------	---------	--------------

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)


Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)


LA PERSONNE GERE T-ELLE SEULE SON TRAITEMENT :  Oui  Non

Je soussigné(e) Docteur .....

Déclare avoir examiné Monsieur ou Madame .....

Si le résident le désire, je continuerai à suivre mon patient à l'EHPAD NOTRE DAME DE LA PAIX et je m'engage à assurer le suivi médical régulier et à répondre aux situations d'urgence concernant ce résident sur demande de l'infirmière référente :  oui  non

Le : ..... à .....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT

Remis en mains propres sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de la résidence.



**Notre Dame de la Paix**

RÉSIDENCE DE RETRAITE MÉDICALISÉE EHPAD

Fondée en 1923

## GRILLE NATIONALE AGGIR

Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources

Nom et prénom du patient : .....

Auteur de l'évaluation, Nom : .....

Qualité : .....

Date de l'évaluation : .....

A	B	C
<b>Fait seul :</b> ✚ Totalemment ✚ Spontanément ✚ Habituellement ✚ Correctement : bien	<b>Fait seul : Mais</b> ✚ Soit partiellement ✚ Soit sur ordre : simple rappel ✚ Soit non habituellement, ✚ Soit non correctement : mal	<b>Ne fait pas :</b> ✚ Soit pas du tout : il faut FAIRE à sa place ✚ Soit si une préparation, des ordres répétés, des explications, des vérifications, accompagnement de l'activité : il faut FAIRE FAIRE ✚ Dans toutes ces circonstances la personne NE FAIT PAS.

VARIABLES DISCRIMINANTES	A	B	C
<b>TRANSFERTS</b> Se lever, se coucher, s'asseoir			
<b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</b> Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
<b>TOILETTE</b> Concerne l'hygiène corporelle	<b>Haut</b>		
	<b>Bas</b>		
<b>ELIMINATION</b> Assumer l'hygiène urinaire et fécale	<b>Urinaire</b>		
	<b>Anale</b>		
<b>HABILLAGE</b> S'habiller, se déshabiller, se présenter	<b>Haut</b>		
	<b>Moyen</b>		
	<b>Bas</b>		
<b>ALIMENTATION</b> Manger les aliments préparés	<b>Se servir</b>		
	<b>Manger</b>		
<b>ORIENTATION</b>	<b>Se repérer dans le temps</b>		
	<b>Se repérer dans l'espace</b>		
<b>COHERENCE</b>	<b>Communication logique et sensée</b>		
	<b>Comportement logique et sensé</b>		
<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</b> A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
<b>ALERTER / COMMUNICATION A DISTANCE</b> Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme			