



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

Date de la dernière injection ?

MERCI DE JOINDRE LA DERNIERE ATTESTATION DE VACCINATION

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

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 :
- Tétanos Date
- Covid-19 Date
- Pneumocoque Date :
- IDR à la tuberculine 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 Périmètre 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.

EHPAD Notre Dame de la Paix - 961, avenue Colonel Picot - Quartier Brunet - 83100 Toulon

Tél. : 04 94 61 97 00 • Fax : 04 94 61 97 37 • Mail : contact@residence-retraite-ndp.com Site : <http://www.residence-retraite-ndp.com>

S.A.R.L. au Capital de 457.347 euros - R.C. Toulon 328 740 222



GRILLE NATIONALE AGGIR

Autonomie Gériatologique Groupe Iso Ressources

Nom et prénom du patient :

Auteur de l'évaluation, Nom :

Qualité :

Date de l'évaluation :

| A | B | C |
|---|--|---|
| Fait seul : ✚ Totalement ✚ Spontanément ✚ Habituellement ✚ Correctement : bien | Fait seul : Mais ✚ Soit partiellement ✚ Soit sur ordre : simple rappel ✚ Soit non habituellement, ✚ Soit non correctement : mal | Ne fait pas : ✚ 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 |
|--|--|---|---|
| TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir | | | |
| DEPLACEMENT A L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant | | | |
| TOILETTE Concerne l'hygiène corporelle | Haut | | |
| | Bas | | |
| ELIMINATION Assumer l'hygiène urinaire et fécale | Urinaire | | |
| | Anale | | |
| HABILLAGE S'habiller, se déshabiller, se présenter | Haut | | |
| | Moyen | | |
| | Bas | | |
| ALIMENTATION Manger les aliments préparés | Se servir | | |
| | Manger | | |
| ORIENTATION | Se repérer dans le temps | | |
| | Se repérer dans l'espace | | |
| COHERENCE | Communication logique et sensée | | |
| | Comportement logique et sensé | | |
| DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport | | | |
| ALERTER / COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme | | | |