



RÉSIDENCE  
SAINT-MICHEL  
AVENUE DR EUGÈNE BERNARD  
04300 FORCALQUIER  
TEL/FAX 04 92 75 06 80  
E-MAIL: rstmichel@wanadoo.fr  
SITE : www.hopitaux04.net

## DOSSIER MEDICAL UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES

**Document médical confidentiel à compléter par le médecin traitant ou actuellement en charge du demandeur  
A joindre obligatoirement à la demande d'admission sous pli confidentiel à l'attention du Médecin de la Commission d'admission**

1 **PERSONNE CONCERNEE**

NOM - Prénom

Date naissance

2 **MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement  
Fin/retour d'hospitalisation  
Maitien à domicile difficile  
autres (préciser)

3 **TAILLE**

**POIDS**

4 **FONCTIONS SENSORIELLES**

	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

5 **RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

	OUI	NON

6 **REEDUCATION**

	OUI	NON
Kinésithérapie		
Orthophonie		
autres (préciser)		

7 **DONNEES SUR L'AUTONOMIE \***

		A	B	C
Transfert				
Déplacements	à l'intérieur			
	à l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	urinaire			
	fécale			
Habillage	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Orientation	temps			
	espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

8 **SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

	OUI	NON
Idées délirantes		
hallucinations		
agitation, agressivité (cris...)		
dépression		
anxiété		
apathie		
désinhibition		
comportement aberrant (dont déambulation pathologique...)		
troubles du sommeil		

9 **SOINS TECHNIQUES**

(si OUI, préciser)	OUI	NON

10 **PANSEMENTS OU SOINS CUTANES**

(si OUI, préciser)	OUI	NON

11 **APPAREILLAGES**

	OUI	NON
fauteuil roulant		
lit médicalisé		
matelas anti-escarres		
déambulateur		
orthèse		
prothèse		
pace-maker		
autres (préciser)		

\* A - fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement  
 B - fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement  
 C - ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

NOM - Prénom (à rappeler):

12 **ANTECEDENTS**

Médicaux			
Chirurgicaux			

13 **GERE SEUL SON TRAITEMENT**

	OUI	NON

14 **ALLERGIES (DONT MEDICAMENTEUSES)**

(si OUI, préciser)	OUI	NON

15 **PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE**

si OUI	ne sais pas	OUI	NON
préciser			
(localisation, etc)			

16 **PATHOLOGIES ACTUELLES**

--

17 **AUTRES SOINS**

(si OUI, préciser)	OUI	NON

18 **CONDUITES A RISQUE**

alcool	OUI	NON
tabac		
sevrage		
autres (préciser)		

19 **MEDECIN TRAITANT**

NOM - Prénom
Commune
N° de téléphone
e-mail

20 **TRAITEMENTS EN COURS** ou joindre la dernière ordonnance (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

--

21 **COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES**

--

22 **DATE**

<b>NOM ET FONCTION DU MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER</b>
SIGNATURE