

# 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 \_\_\_\_\_  
 N° d'inscription \_\_\_\_\_

Précaution  Urgence  Autre

**LA PERSONNE CONCERNEE**

NOM/PRENOM \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Lieu de vie actuel<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

Est-elle informée de la demande?  oui  non  
 En accord avec cette demande?  oui  non

<sup>1</sup> chez les enfants, à domicile, en établissement.....

**DEMANDE FAITE PAR**

NOM/PRENOM \_\_\_\_\_  
 Qualité<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone \_\_\_\_\_  
<sup>2</sup> / lien de parenté.....

**MOTIFS DE LA DEMANDE**

Changeement de structure \_\_\_\_\_  
 Retour d' hospitalisation \_\_\_\_\_  
 Maintien à domicile difficile \_\_\_\_\_  
 Autres \_\_\_\_\_

**TYPE 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 ( AGGIR )**

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

calcul du GIR \_\_\_\_\_

**FONCTIONS SENSORIELLES**

	bonne	moyenne	mauvaise
Vision			
Audition			

**APPAREILLAGES**

Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Infirmière ou service		
Kinésithérapeute		
Autre (préciser)		

**TRAITEMENT(S) EN COURS**

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

ALD <sup>3</sup>	

**ANTECEDENTS**

----- Médicaux -----

----- Chirurgicaux -----

**GERE SEUL SON TRAITEMENT**

oui  non

**MEDECINS SPECIALITES**

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS**

**ALLERGIES (dont MEDICAMENTEUSES)**

Précisez  oui  non

**TAILLE** \_\_\_\_\_ **POIDS** \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS (dates des derniers rappels)**

Anti-tétanique  
 Anti-pneumococcique  
 Anti-grippal

**DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT**  
 (cachet obligatoire)

*3 cocher les pathologies*

Par avance, merci de votre coopération.  
 Nous vous demandons de bien vouloir confirmer cette inscription chaque année par écrit, ainsi que tout changement de situation.