



Dossier Médical en vue d'un avis de préadmission Maison d'Accueil Brancion-ROYAUMEIX

(Document couvert par le secret médical, à remplir par le médecin traitant, à envoyer ou à remettre sous pli au médecin coordonnateur)

Etat civil :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Inscription Accueil de jour Hébergement temporaire Hébergement permanent

Date de la demande :

Lieu et origine de la demande : domicile Hôpital EHPAD SSR

Coordonnées et nom du médecin demandeur :

Mesure de protection en cours : oui non

Sauvegarde de justice curatelle tutelle

Coordonnées du délégué à la tutelle :

Motif de la demande d'admission en EHPAD :

Qui demande l'entrée en EHPAD :

Accord de l'intéressé(e) : oui non

Accord impossible à obtenir

Demande de l'entourage : oui non

Autre :

Cher(e) 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.

Pour l'entrée dans notre institution, merci de nous faire parvenir copie des lettres d'hospitalisations ou de consultations antérieures ou copie du dossier médical et de tout élément susceptible d'apporter des renseignements pour le dossier médical de l'intéressé.

Le médecin coordonnateur.



**Dossier Médical en vue d'un avis de préadmission
Maison d'Accueil Brancion-ROYAUMEIX**

(Document couvert par le secret médical, à remplir par le médecin traitant, à envoyer ou à remettre sous pli au médecin coordonnateur)

Motif principal de la demande d'admission :

Histoire clinique et sociale récente :

Antécédents :

✚ Médicaux :

✚ Chirurgicaux :

✚ Gynécologiques et obstétriques :

✚ Allergies :



Dossier Médical en vue d'un avis de préadmission Maison d'Accueil Brancion-ROYAUMEIX

(Document couvert par le secret médical, à remplir par le médecin traitant, à envoyer ou à remettre sous pli au médecin coordonnateur)

Etat nutritionnel :

Poids : Taille : Perte de poids : oui non

Alimentation : Normale mixée Régime :

Alimentation entérale : oui non

Aide alimentaire : oui non

Complément alimentaire : oui non

Troubles de la déglutition : oui non

Pathologies buccodentaires : oui non

Hydratation sous cutanée : oui non

Fonctions cognitives

Bilan gériatrique effectué : oui non

Déficience intellectuelle : oui non

Si explorée, préciser la date : le lieu :

Résultat du Mini Mental State :

Diagnostic :

Evolution : Débutante Modérée Sévère

Syndrome parkinsonien Comitialité Dépression Accidents Vasculaires

Troubles du comportement :

Anxiété Agitation Agressivité Irritabilité/Instabilité de l'Humeur

Euphorie/exaltation de l'Humeur Dysphorie

Apathie-Indifférence Opposition Risque de fugue Fugue

Hallucinations Idées délirantes Désinhibition/Impulsivité

Trouble du sommeil

Comportement moteur Aberrant Déambulation Trouble de l'appétit

Troubles Régressifs : Incontinence urinaire et / ou fécale

Autres tests cognitifs :

Trouble praxique : oui non

Trouble du langage : oui non



**Dossier Médical en vue d'un avis de préadmission
Maison d'Accueil Brancion-ROYAUMEIX**

(Document couvert par le secret médical, à remplir par le médecin traitant, à envoyer ou à remettre sous pli au médecin coordonnateur)

Neurologique :

Déficit : oui non Le(s)quel(s) :

Etat neurologique actuel :

Etat sensoriel-déficit :

Troubles visuels : oui non lunettes

Troubles auditifs : oui non appareil

Locomotion :

Appareillage : Canes Fauteuil roulant Déambulateur

Soins de rééducation : occasionnels intervention d'entretien 1à3X/semaine

Contention : oui non

Risque de chute : oui non

Trouble de l'équilibre : oui non

Etat locomoteur actuel :

Appareil cardiocirculatoire :

Etat cardio-vasculaire actuel :

Affections digestives :

Etat digestif actuel :

Constipation : oui non

Statut vaccinal :

Grippe : Date :

Tétanos : Date :

Pneumocoque : Date :



Dossier Médical en vue d'un avis de préadmission Maison d'Accueil Brancion-ROYAUMEIX

(Document couvert par le secret médical, à remplir par le médecin traitant, à envoyer ou à remettre sous pli au médecin coordonnateur)

Appareil urinaire :

Particularités de l'examen :

Infection récidivante: oui non

Incontinence : oui non

Pathologie prostatique : oui non

Insuffisance rénale : oui non Clairance de la créatinine : ml/mn Dialyse

Sondage : oui non intermittent à demeure

Etat cutané :

Dermatose :

Escarre :

Ulcère :

Appareil pulmonaire :

Etat broncho-pulmonaire actuel :

Infections fréquentes : oui non

Insuffisance respiratoire : oui non Oxygène : oui non

Débit :



**Dossier Médical en vue d'un avis de préadmission
Maison d'Accueil Brancion-ROYAUMEIX**

**(Document couvert par le secret médical, à remplir par le médecin traitant, à envoyer ou
à remettre sous pli au médecin coordonnateur)**

Traitements actuels :

TRAITEMENT	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autre



Dossier Médical en vue d'un avis de préadmission Maison d'Accueil Brancion-ROYAUMEIX

(Document couvert par le secret médical, à remplir par le médecin traitant, à envoyer ou à remettre sous pli au médecin coordonnateur)

Degré de dépendance : Grille AGGIR

CORPOREL				
Toilette	Haut du corps	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Bas du corps	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Habillage	Haut du corps	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Moyen du corps	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
	Bas du corps	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
ALIMENTATION				
Se servir		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Manger		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
ELIMINATION				
Urinaire		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Anale		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
DEPLACEMENT				
Transfert		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Déplacement intérieur		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Déplacement extérieur		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
COMMUNICATION A DISTANCE				
		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
MENTAL				
Cohérence		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Sociabilité		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>

A : Fait seul totalement, spontanément, habituellement, correctement

B : Fait seul partiellement, ou sur ordre, ou non habituellement, ou non correctement.

C : Ne fait pas.

Signature et cachet du médecin :