

DOSSIER MEDICAL D'INSCRIPTION

**EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES ÂGÉES DEPENDANTES**

Reçu le ___/___/20__

NOM : _____

Prénoms : _____

Date et lieu de naissance : _____ Age : _____

Famille à contacter : _____ Lien de parenté : _____

Numéro de téléphone : _____

Demande d'Hébergement Permanent

Demande d'Hébergement Temporaire

Motif de la demande : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Une personne de confiance est-elle désignée par la personne ?

Si oui, NOM, Prénom, Adresse _____

La future personne accueillie fait-elle elle-même cette demande d'hébergement ? Oui Non

Si non, qui la fait ? _____

Son consentement a-t-il été recueilli ? Oui Non

Si oui, par qui : _____

EVALUATION DE LA DEPENDANCE / GRILLE NEW AGGIR

NOM / Prénom

Date :

Pour le Codage Partiel : 4 Oui = A 4 Non = C Autre = B

N°	Activité	Spontanément	Totalement	Correctement	Habituellement	Codage Partiel	Codage final
1	Transferts	O / N	O / N	O / N	O / N		
2	Déplacement à l'intérieur Jardin, jusqu'à la porte de la rue	O / N	O / N	O / N	O / N		
3	Toilette HAUT Ne comprend pas le dos	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Toilette</u> A A = A C C = C Autre = B
3	Toilette BAS Ne comprend pas les orteils	O / N	O / N	O / N	O / N		○
4	Elimination URINAIRE	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Elimination</u> A A = A Au -1 C = C Autre = B
4	Elimination FECALE	O / N	O / N	O / N	O / N		○
5	Habillage HAUT	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Habillage</u> AAA = A CCC = C Autre = B
5	Habillage MOYEN Bretelles, ceintures, boutons	O / N	O / N	O / N	O / N		
5	Habillage BAS	O / N	O / N	O / N	O / N		○
6	Alimentation SE SERVIR	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Alimentation</u> A A = A Au-1 C = C Autre = B
6	Alimentation MANGER	O / N	O / N	O / N	O / N		○
7	Communication à distance, alerter	O / N	O / N	O / N	O / N		
8	Déplacement à l'extérieur	O / N	O / N	O / N	O / N		
9	Orientation dans le temps	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Orientation</u> A A = A Au-1C = C Autre = B
9	Orientation dans l'espace	O / N	O / N	O / N	O / N		○
10	Cohérence Communication	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Cohérence</u> A A = A Au-1C = C Autre = B
10	Cohérence Comportement	O / N	O / N	O / N	O / N		○

Les variables suivantes (11 à 17) sont à remplir si le patient vit à domicile.

N°	Activité	Spontanément	Totalement	Correctement	Habituellement	Codage final
11	Cuisine	O / N	O / N	O / N	O / N	
12	Suivi du traitement	O / N	O / N	O / N	O / N	
13	Ménage	O / N	O / N	O / N	O / N	
14	Transports	O / N	O / N	O / N	O / N	
15	Activités du temps libre	O / N	O / N	O / N	O / N	
16	Achats	O / N	O / N	O / N	O / N	
17	Gestion Affaires, budget, biens, démarches administratives	O / N	O / N	O / N	O / N	

Pour le Codage Final : 4 Oui = A 4 Non = C Autre = B

II) EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE

(à remplir impérativement – Merci)

ANTECEDENTS MEDICAUX :

POIDS _____ TAILLE _____ TA _____ FC _____

VACCINS : Grippe date :
 Tétanos date :
 Pneumo 23 date :
 Autre(s) _____ date :

SEROLOGIES CONNUES : _____

ALLERGIES _____

TRAITEMENT EN COURS

<i>MEDICAMENTS</i>	<i>MATIN</i>	<i>MIDI</i>	<i>SOIR</i>	<i>COUCHER</i>

<input type="checkbox"/> Troubles de la vision	<input type="checkbox"/> lunettes
<input type="checkbox"/> Troubles de l'audition	<input type="checkbox"/> appareil auditif
<input type="checkbox"/> Aides matérielles à la marche	
<input type="checkbox"/> Dialyse	Type de dialyse Fréquence :...../.....
<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire	<input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> Oxygène : <input type="checkbox"/> Discontinu <input type="checkbox"/> Continu
<input type="checkbox"/> Pace Maker	
<input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition	
<input type="checkbox"/> Alimentation mixée	<input type="checkbox"/> Alimentation moulinée
<input type="checkbox"/> SNG (sonde naso-gastrique)	
<input type="checkbox"/> GPE (gastrotomie percutanée endoscopique)	
<input type="checkbox"/> Infection BMR en cours	<input type="checkbox"/> Portage de BMR
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin	

PATHOLOGIES PRESENTES ACTUELLEMENT

Vous pouvez remplir la grille PATHOS, qui est la grille officielle présentant une information synthétique des 50 états pathologiques rencontrés dans les structures de soins pour personnes âgées (chacun est complété par un profil de soins dont vous trouverez la liste ci-dessous).

Si vous ne pouvez remplir cette grille, veuillez indiquer ici en clair quelles sont les pathologies qui vous semblent devoir être signalées et prises en charge pour votre patient, lors de son entrée en EHPAD.

Personne bénéficiaire d'une ALD Oui Non

Si oui, pour

Quelle(s) pathologie(s) _____

Aide à la cotation des profils de soins dans PATHOS :

T1 : Le pronostic vital est-il en jeu au quotidien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
T2 : La surveillance médicale est-elle pluri-hebdomadaire ? Combien de fois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une surveillance IDE est elle nécessaire 24H/24H	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
P1 : La personne est-elle en état de crise sur le plan psychiatrique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
P2 : La personne présente-t-elle des troubles psychiatriques stabilisés nécessitant un soutien continu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
R1 : La personne nécessite-t-elle de la rééducation individuelle fonctionnelle intensive (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
R2 : La personne nécessite-t-elle de la rééducation d'entretien en discontinu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
CH : La personne nécessite-t-elle des soins locaux longs, suite à une intervention récente ou une plaie importante (au moins 20 mn de soins infirmiers) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
DG : La personne nécessite-t-elle des investigations complémentaires à mettre en œuvre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?		
M1 – M2 : La personne nécessite-t-elle des soins palliatifs de fin de vie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, est-elle lucide ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
S1 : La personne nécessite-t-elle une surveillance (médicale et/ou infirmière) épisodique pour un traitement au long cours ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

GRILLE PATHOS

PATHOLOGIES Entourez, à gauche le numéro de l'état pathologique présent et cochez la case - une seule - du profil correspondant à cet état pathologique

ETATS PATHOLOGIQUES

PROFILS

Affections cardio-vasculaires

- 01 Insuffisance cardiaque
- 02 Coronaropathie
- 03 Hypertension artérielle
- 04 Troubles du rythme
- 05 Phlébites
- 06 Embolie et thrombose artérielle, amputation
- 07 Artériopathies chroniques
- 08 Hypotension orthostatique

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections neuro-psychiatriques

- 09 Malaises, vertiges, P d C, chutes
- 10 Accidents vasculaires cérébraux
- 11 Comitialité focale et généralisée
- 12 Syndrome parkinsonien
- 13 Syndrome confusionnel aigu

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
09		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				

- 14 Troubles chroniques du comportement
- 15 Etats dépressifs
- 16 Etats anxieux
- 17 Psychose, délires, hallucinations
- 18 Syndrome démentiel

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections broncho-pulmonaires

- 19 Broncho-pleuro-pneumopathies
- 20 Insuffisance respiratoire
- 21 Embolies pulmonaires

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Pathologies infectieuses

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
22	Syndromes infectieux généraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
23	Syndromes infectieux locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
24	Infections urinaires basses								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections dermatologiques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
25	Escames							<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
26	Autres lésions cutanées							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Affections ostéo-articulaires

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
27	Pathologie de la hanche	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Pathologie de l'épaule	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Pathologie vertébro-discale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Autres pathologies osseuses	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Polyarthrite et pathologies articulaires	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections gastro-entérologiques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
32	Syndromes digestifs hauts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Syndromes abdominaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Affection hépatique, biliaire, pancréatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Dénutrition		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections endocriniennes

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
36	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	
37	Dysthyroïdie		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
38	Troubles de l'hydratation		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Affections uro-néphrologiques

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
39	Rétention urinaire		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
40	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Incontinence					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres domaines

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
42	Anémies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Etats cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Hémopathies malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Syndrome inflammatoire, fièvre inexpliquée								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Pathologies oculaires évolutives		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Etat grabataire					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
48	Etat terminal									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
49	Autres pathologies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En clair

50	Aucune pathologie pertinente à retenir												<input type="checkbox"/>
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------

Attention : tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte

Fait à :

le :

Par : NOM : _____ Prénom _____

Service hospitalier éventuel _____

(cachet et signature du médecin)

Pour le respect de la confidentialité des éléments médicaux, veuillez adresser ce dossier sous enveloppe fermée au médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Partie destinée à l'établissement qui reçoit cette demande d'admission

Avis du médecin coordonnateur :

EHPAD		*SMTI <i>*Soins Médicaux Techniques Importants</i> (critère d'admission en*USLD) Unité de Soins Longue Durée	
Oui	Non	Oui	Non
GIR =			

Etabli le _____/_____/200_

Par : _____