



Fiche d'inscription médicale

Révision : 1
FF/ACC/07
Page : 1/8

Rédacteur :
MOREAU Nathalie

DOSSIER D'ADMISSION en EHPAD/EHPA
« La Résidence du Launay »
A remplir par le Médecin

Nom et Prénom du futur résident :
Date de naissance :

Nom du médecin Traitant :
Adresse
CP Ville :
Téléphone
Contact mail :

Si différent Nom du médecin :
Spécialité :
Adresse
CP Ville :
Téléphone
Contact mail :

Allergie connues (médicamenteuses ou alimentaire) :

Addiction : Tabac Alcool Drogues
Autres

Antécédents

Vaccinations

Antécédents		Vaccinations
	Médicaux	Chirurgicaux
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Antitétanique Date :
 Antipneumococciques Date :
 Antigrippal
 Autres Préciser :



Fiche d'inscription médicale

Révision : 1
FF/ACC/07
Page : 2/8

Rédacteur :
MOREAU Nathalie

Traitement actuel détaillé

Traitement Habituel	Matin	Midi	16h	Soir	Coucher	Prescriptions anticipées	matin	midi	16h00	soir	coucher
-											
-											
-											
-											
-											
-											
-											
-											

Pathologies Actives (Base : Guide PATHOS)

Une pathologie pertinente à retenir :

Affection cardio-vasculaires	Affections neuro-psychiatriques	Affections broncho-pulmonaires	Pathologies infectieuses	Affections dermatologiques
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Coronaropathie <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Trouble du rythme <input type="checkbox"/> Phlébites <input type="checkbox"/> Embolie, thrombose artérielle amputation <input type="checkbox"/> Artériopathies chroniques <input type="checkbox"/> Hypertension orthostatique	<input type="checkbox"/> Malaises, vertiges, PdC, chutes <input type="checkbox"/> Accidents vasculaires cérébraux <input type="checkbox"/> comitialité focale et généralisée <input type="checkbox"/> Syndrome Parkinsonien <input type="checkbox"/> Syndrome confusionnel aigu <input type="checkbox"/> Trouble chronique du comportement <input type="checkbox"/> Etat dépressif <input type="checkbox"/> Etat anxieux <input type="checkbox"/> Psychose, délires, hallucinations <input type="checkbox"/> Syndrome démentiel	<input type="checkbox"/> Broncho pleuro pneumopathies <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire <input type="checkbox"/> Embolies pulmonaires	<input type="checkbox"/> Syndromes infectieux généraux <input type="checkbox"/> Syndromes infectieux locaux <input type="checkbox"/> Syndromes urinaires basses	<input type="checkbox"/> Escarres <input type="checkbox"/> autres liaisons cutanées



Fiche d'inscription médicale

Révision : 1
FF/ACC/07
Page : 3/8

Rédacteur :
MOREAU Nathalie

Affection ostéo articulaires	Affections gastro entérologiques	Affections endocriniennes	Affections uro néphrologiques	Autres domaines
<input type="checkbox"/> Pathologie de la hanche <input type="checkbox"/> Pathologie de l'épaule <input type="checkbox"/> Pathologie vertébro discale <input type="checkbox"/> autres pathologies osseuses <input type="checkbox"/> Pathologies articulaires, polyarthrite	<input type="checkbox"/> Syndromes digestifs hauts <input type="checkbox"/> Syndromes abdominaux <input type="checkbox"/> Affection hépatique, biliaire, pancréatique <input type="checkbox"/> Dénutrition	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie <input type="checkbox"/> Troubles de l'hydratation	<input type="checkbox"/> Rétention urinaire <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Etat cancéreux <input type="checkbox"/> Hémopathie malignes <input type="checkbox"/> Syndromes inflammatoires ou fièvre inexpliquée <input type="checkbox"/> Pathologies oculaires évolutives <input type="checkbox"/> Etat grabataire <input type="checkbox"/> Etat terminal <input type="checkbox"/> Autres pathologies :
Date :	Nom, signature et cachet du Médecin :			

Nom et Prénom du futur résident :

Date de naissance :

DOSSIER D'ADMISSION en EHPAD/EHPA
« La Résidence du Launay »
A remplir par le Médecin



Fiche d'inscription médicale

Révision : 1
FF/ACC/07
Page : 4/8

Rédacteur :
MOREAU Nathalie

Si GIR connu : <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>		GRILLE AGGIR						
AUTONOMIE		C	B				A	
		Ne fait pas	Fait mais pas Spontanément	Fait mais pas Totalem ent	Fait mais pas Correctem ent	Fait mais pas Habituellem ent	Fait seul(e)	
Transfert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS : Ne fait jamais même partiellement, et même d' difficilement, il faut faire à la place ou faire faire ou tout refaire
Déplacements intérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fécales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la personne fait même d' difficilement, cocher les cases S T C H quand les conditions de l'adverbe NE SONT PAS REMPLIES
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacements extérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Groupe ISO – RESSOURCES (défini par le système informatique) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Orientation	Dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cohérence	Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Fiche d'inscription médicale

Révision : 1
FF/ACC/07
Page : 5/8

Rédacteur :
MOREAU Nathalie

Poids (indispensable) :

Taille :

Evaluation fonctionnelle : autres éléments

Troubles visuels	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Autres : Préciser :
Troubles auditifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Appareillage	
Troubles Masticatoires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas	
Alimentation à stimuler	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Hydratation à stimuler	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Type d'alimentation	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Mixée	<input type="checkbox"/> Hachée	
Régime particulier	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Hyposodé	<input type="checkbox"/> Hyper protéiné	
Communication verbales	<input type="checkbox"/> Aisée	<input type="checkbox"/> Difficile	<input type="checkbox"/> Impossible	

Comportement et état psychique		Besoins et aides à prévoir				
<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Trouble de la compréhension <input type="checkbox"/> Fugues <input type="checkbox"/> Déambulation/ errance <input type="checkbox"/> Impulsivité/ instabilité d'humeur <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Euphorie/ exaltation de l'humeur	<input type="checkbox"/> Stéréotypies motrices ; gestes répétés <input type="checkbox"/> Cris <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Idées délirantes <input type="checkbox"/> Troubles de l'identité <input type="checkbox"/> Agitation, agressivité <input type="checkbox"/> Passivité <input type="checkbox"/> Douleurs	Lever Déplacement Incontinence Urinaire Fécale Matériel médical	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Lit médical	<input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/> avec canne <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Matelas anti escarre	<input type="checkbox"/> Avec lève malade <input type="checkbox"/> Avec déambulateur <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> En fauteuil roulant

Commentaires :

Evaluation des soins techniques infirmiers :

Estimation globale de la durée des soins :



Fiche d'inscription médicale

Révision : 1
FF/ACC/07
Page : 6/8

Rédacteur :
MOREAU Nathalie

Nature des soins			
Pansements		Appareillage divers	
Soins d'ulcères <input type="checkbox"/>	Taille en cm ² :	PACE-MAKER <input type="checkbox"/>	
Soins d'escarres <input type="checkbox"/>	Taille en cm ² :	Chambre implantable <input type="checkbox"/>	
Pansements divers <input type="checkbox"/>	Taille en cm ² :	Prothèse (toute nature) <input type="checkbox"/>	Préciser :
Sonde :	Stomies :	Injections diverses	
Lunette à oxygène <input type="checkbox"/>	Urétérostomie <input type="checkbox"/>	IM/ SC <input type="checkbox"/>	
Sonde de trachéotomie <input type="checkbox"/>	Gastrostomie <input type="checkbox"/>	Perfusion	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> S/C
Evaluation des soins de Kinésithérapie		Vie sociale	
Nature :		Religion :	
Fréquence des séances :		Pratiquant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Loisirs et centres d'intérêts

- Jeux (sociétés, cartes, dominos ...)
- Spectacles
- Danses
- Sorties (marchés...)
- Conférences
- Activités manuelles
- Exercices, sport, gym
- Chant, Chorale
- Activités intergénérationnelles
- Activités spirituelles
- Capacités à s'investir dans la vie de l'établissement (Conseil de la vie social, association, ...)
- Lecture
- Multimédias
- Couture
- Rencontres individuelles
- Sorties à la carte (courses, ...)
- TV, radio
- Visites, familles, amis
- Musique, peinture
- Intérêt pour les soins du corps
- Intérêt pour les animaux
- Tricot
- Jardinage
- Autres :

Capacité à sortir seul	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Capacité à gérer son courrier	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Capacité à gérer son argent	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non



Fiche d'inscription médicale

Révision : 1
FF/ACC/07
Page : 7/8

Rédacteur :
MOREAU Nathalie

Identification de la personne qui a rempli ce volet :

Nom :

Prénom :

Lien avec le futur résident :

Adresse :

CP :

Ville :

Téléphone :

Contact Mail :

Date et signature :



Fiche d'inscription médicale

Révision : 1
FF/ACC/07
Page : 8/8

Rédacteur :
MOREAU Nathalie

	Rédaction	Relecture	Validation	Approbation
Nom & Prénom Fonction ou Instance	MOREAU Nathalie Qualificienne	MOREAU Nathalie Qualificienne	OZBOLT Carine Directrice	OZBOLT Carine Directrice
Date	21/07/2014			
Visa				