
**DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

CONFIDENTIEL

Date de dépôt du dossier :

NOM et prénom :

Adresse actuelle :

Date de naissance :

Motif de la demande d'admission :

Origine de la demande : (famille - hôpital - médecin - autre...)
.....

Personnes à contacter : (parents- personne de confiance...)

- Nom :
- Adresse + tél. :

Antécédents chirurgicaux et / ou médicaux datés si possible
.....

Maladies répertoriées :

Taille : cm Poids : kg IMC :

Maladies évolutives
(Cocher la case correspondante)

1) Cardio-vasculaire :

- Pace Maker Anticoagulant Troubles du rythme

Traitement à visée C.V :

.....
.....
.....

2) Pulmonaire :

Traitements lesquels :

3) Neuropsychiatrie :

* Etat dépressif

* Troubles du sommeil

* Troubles de la mémoire

* Agitation /Agressivité/Hallucinations

* Désorientation tempo spatiale

MMSE : score/30

Traitements lesquels :.....

4) Gastro-Entérologie :

* Pathologie gastrique

* Pathologie intestinale

* Stomie

Traitements lesquels

5) Uro-Néphrologie :

* Pathologie rénale

* Pathologie vésicale

* Pathologie prostatique

* Incontinence urinaire

* Sonde à demeure

Traitements lesquels :.....

6) Gynécologique :

* Pathologie mammaire

* Pathologie gynécologique

Traitements lesquels :.....

Maladies évolutives (suite)

7) Ostéo articulaire :

* Arthrose

* Ostéoporose

* Autre

Traitements _____ lesquels :

8) Endocrino-diabétologie :

* Pathologie thyroïdienne

* Diabète

* Autre

Traitements _____ lesquels :

9) Sensoriel :

* Cécité

* Surdité

* Prothèses auditives

Déplacement :

– seul(e) sans aide

– avec canne ou déambulateur

– en fauteuil roulant

Habitudes toxiques :

Tabac :.....

Alcool :

Vaccination :

* Tétanos : Date du dernier rappel :.....

* Autres vaccins :

- Le patient est-il porteur d'une bactérie multirésistante ?

- L'admission du patient peut-il revêtir un caractère de dangerosité pour les autres résidents ?

Après dépôt du dossier, la personne sera reçue par le médecin coordonnateur des résidences autonomie, le Dr SAINT PAUL Florence, sur rendez-vous. Merci de joindre une copie du traitement en cours.

Signature et cachet du médecin traitant :