



Concerne Mr ou Mme

.....

# DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

## CONFIDENTIEL

### CONCERNE

Nom :	Prénom :	
Nom de jeune fille :		
Date de naissance :	Lieu :	Age :
Adresse du domicile :		
Code Postal :	Ville :	

Avis du Médecin :

Je soussigné, Docteur

Tampon et signature :

Si centre hospitalier ou clinique :

Nom du Service :

Nom du Chef de Service :

Fait à Lyon, le

**MERCI DE BIEN VOULOIR JOINDRE LE TRAITEMENT EN COURS**

47 rue Benoît Bennier 69260 CHARBONNIÈRES-LES-BAINS  
Tél. 0811 060 900 • Fax: 04 72 69 89 05 • siret 453 289 498 00017 • code NAF 4619 B

Notre savoir-faire à votre écoute, car votre situation est unique

**WWW.ASCCELLIANCE-RETRAITE.FR**

contact@ascelliance-retraite.fr

**LES PRINCIPAUX ANTECEDANTS MEDICAUX**

- Cardio-vasculaires : .....
- Neurologiques : .....
- Rhumatismaux : .....
- Ophtalmologiques : .....
- Autres : .....

**LES PRINCIPAUX ANTECEDANTS CHIRURGICAUX**

- .....
- .....

**Allergies :**

- .....
- .....

**Existence d'intoxications :**

- |                  |                              |                              |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| Alcool           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Tabac            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Médicamenteuse : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Problème Visuel :**

- |                           |                              |                              |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
|                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui, lesquels :</i> |                              |                              |
| <i>Appareillage :</i>     |                              |                              |

**Problème Auditif :**

- |                           |                              |                              |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
|                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui, lesquels :</i> |                              |                              |
| <i>Appareillage :</i>     |                              |                              |

**Prothèses dentaire :**

- |                 |                               |                              |
|-----------------|-------------------------------|------------------------------|
|                 | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui :</i> | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Bas |

**ETAT ACTUEL DE LA PERSONNE**

- |                              |                              |                                  |                                      |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <b><u>Etat général :</u></b> | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Mauvais | <input type="checkbox"/> Très altéré |
| Poids Actuel :               |                              | Taille :                         | Groupe Sanguin :                     |

- |  |                 |       |
|--|-----------------|-------|
| <b><u>Etat cardio-vasculaire :</u></b> | TA habituelle : | Pouls |
|--|-----------------|-------|

- |                                   |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <i>Signes fonctionnels :</i>      |                              |                              |
| Affection actuellement en cours : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui, lesquelles :</i>       |                              |                              |

**Etat pulmonaire :**

- |                                   |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <i>Signes fonctionnels :</i>      |                              |                              |
| Affection actuellement en cours : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui, lesquelles :</i>       |                              |                              |

**Etat digestif :**

- |                                   |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Constipation :                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Affection actuellement en cours : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui, laquelle :</i>         |                              |                              |



**Etat urogénital :**

- Infections urinaires à répétition :  Oui  Non  
*Si oui, dernier ECBU :*  
 Affection actuellement en cours :  Oui  Non  
*Si oui, laquelle*

**Etat ostéo-articulaire / locomoteur :**

- Impotence fonctionnelle :  Oui  Non  
*Si oui, articulations concernées et degré d'atteinte :*

- Affection actuellement en cours :  Oui  Non  
*Si oui, laquelle :*

**Etat neurologique :**

- Séquelles d'AVC :  Oui  Non  
*Si oui, lesquelles :*  
 Affection actuellement en cours :  Oui  Non  
*Si oui, laquelle :*

**Etat psychologique :**

- Fonctions supérieures :  Normales  A évaluer  
 Démence :  Non  Modérée  Evoluée  
 Type de démence :  MMS = /30

**Dépression :**  Oui  Non  Nécessité suivi

- Psychiatrie  Oui  Non  
*Autre pathologie psychiatrique :*  
 Comportement / Orientation :  Sans surveillance  
 Incitation / Surveillance légère  
 Surveillance importante  
 Agitation,  Fugue,  Agressivité  
 Médiocre  Très limitée

- Facilité à communiquer :  Bonne  Médiocre  Très limitée  
*Sommeil :*

**Douleur :**  Oui  Non /10  
 (Cotation : 0 = absente ; 10 = insupportable)

**Diététique:**

- Régime : Texture :  Normale  Hachée  
 Normal  Hyper protidique / Calorique  
 Diabétique  Sans sel

**Dispositifs :**  Oxygénothérapie  Trachéotomie  Voie Veineuse Périphérique  
 Sonde nasogastrique  Gastrotomie  Colostomie  
 Sonde urinaire  Cathéter sus-pubien

**Soins pansements :**  Escarres  Sièges :  
 Ulcère  Autres :

**Vaccination :**  Grippe : date :  pneumocoque : date :  
 Tétanos : date :

**La grille AGGIR**



A - Fait seule totalement, habituellement, correctement.    B - Fait partiellement    C - Ne fait pas

	A	B	C
<b>VARIABLES DISCRIMINANTES</b>			
<b>Cohérence</b> - Converser et/ou se comporter de façon sensée			
<b>Orientation</b> - Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
<b>Toilette du haut du corps</b> - concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains			
<b>Toilette du bas du corps</b> - Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds.			
<b>Habillage haut</b> - Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras			
<b>Habillage moyen</b> - Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture ou des bretelles.			
<b>Habillage bas</b> - Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures			
<b>Alimentation : se servir</b> - Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre			
<b>Alimentation : manger</b> - Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler			
<b>Elimination urinaire</b> - Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
<b>Elimination fécale</b> - Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
<b>Transfert</b> - Se lever, se coucher, s'asseoir			
<b>Déplacements à l'intérieur</b> - Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
<b>Déplacements à l'extérieur</b> - À partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport			
<b>Communication à distance</b> - Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette,...dans le but d'alerter			
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES</b>			
<b>Gestion</b> - Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, faire des démarches			
<b>Cuisine</b> - Préparer les repas			
<b>Ménage</b> - Effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
<b>Transports</b> - Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)			
<b>Achats</b> - Faire des acquisitions directes ou par correspondance			
<b>Suivi du traitement</b> - Se conformer à l'ordonnance de son médecin			
<b>Activités de temps libre</b> - Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs, de passe temps			
			<i>Sources : Conseil Général</i>



**Finances : retraites, pensions, revenus divers**

Nom et adresses des organismes	Montant	Perçus		
		Par mois	Par trim.	Par an

**Environnement social et familial**

**Protection juridique :**     Oui             Non             En cours

*Si oui, cocher ci-après :*

Tuteur                       curateur                       mandataire  
 Sauvegarde de justice            en cours (date de la demande) :

*Dans ce cas, coordonnées du responsable légal :*

Nom :                                      Prénom :  
 Adresse :  
 Code Postal :                              Ville :  
 ☎ Domicile :                              ☎ Travail :                              ☎ Portable :  
 ☎ Email :

**Personne(s) référente(s) et/ou enfants**

**1) Personne de confiance (désignée par la personne âgée)**

Nom :                                      Prénom :  
 Lien de parenté :  
 Adresse :  
 Code Postal :                              Ville :  
 ☎ Domicile :                              ☎ Travail :                              ☎ Portable :  
 ☎ Email :

2) Nom :                                      Prénom :  
 Lien de parenté :  
 Adresse :  
 Code Postal :                              Ville :  
 ☎ Domicile :                              ☎ Travail :                              ☎ Portable :  
 ☎ Email :

3) Nom :                                      Prénom :  
 Lien de parenté :  
 Adresse :  
 Code Postal :                              Ville :  
 ☎ Domicile :                              ☎ Travail :                              ☎ Portable :  
 ☎ Email :

4) Nom :                                      Prénom :  
 Lien de parenté :  
 Adresse :  
 Code Postal :                              Ville :  
 ☎ Domicile :                              ☎ Travail :                              ☎ Portable :  
 ☎ Email :

5) Nom :                                      Prénom :  
 Lien de parenté :  
 Adresse :  
 Code Postal :                              Ville :  
 ☎ Domicile :                              ☎ Travail :                              ☎ Portable :  
 ☎ Email :



## Concerne Mr ou Mme

.....

### Bénéficiez-vous :

- D'une **Prestation de Compensation** (acquise avant 60ans)  Oui  Non  
D'une **Allocation Compensatrice** (acquise avant 60ans)  Oui  Non  
D'une **Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**  Oui  Non  
Si oui :  A domicile  En établissement  
 Département  Hors département
- Valeur du Groupe Iso Ressources (GIR) :  1  2  3  4  5  6

### Sollicitez-vous les aides suivantes :

- Aide Sociale à l'Hébergement  Oui  Non  
Allocations de logement (ALS ou APL)  Oui  Non

### Motivation principale de cette demande d'admission :

- Etat de santé  Décès de conjoint  Difficultés liées au logement  
 Départ des enfants  Problèmes familiaux  Ne souhaite plus vivre seul  
 Sécurité  Autres raisons :

- La personne est-elle informée de la demande :  Oui  Non  
La personne est-elle consentante :  Oui  Non

Fait à

Le

Signature :