

# ADMISSION EN EHPAD DOSSIER MEDICAL STANDARDISE

A remplir par le médecin-traitant  
Elaboré par les médecins gériatres de Côte d'Or

## ETAT CIVIL

NOM : ..... NOM de JEUNE FILLE : .....

PRENOMS : .....

DATE et LIEU de NAISSANCE : .....

SEXE :  - Masculin  - Féminin

DERNIER DOMICILE : .....

.....

## SITUATION ACTUELLE (cocher la bonne case)

Actuellement le patient se trouve :  - hospitalisé  
 - à domicile  
 - autre

Le patient a-t-il été hospitalisé récemment ?  - oui  
dans quel service : .....  - non

Le patient est-il indemne de toute affection contagieuse  - oui  
et peut-il sans danger pour l'entourage vivre en collectivité ?  - non

Le patient est-il porteur d'un germe multi-résistant ?  - oui  
lequel : .....  - non

Le patient a-t-il donné son accord pour entrer en EHPAD ?  - oui  
 - non

Le patient présente-t-il des troubles du jugement ne lui  - oui  
permettant pas de donner cet accord ?  - non

Existe-t-il une mesure de protection juridique ?  - oui  
 - non

A-t-il désigné une personne de confiance ?  - oui  
 - non

Le patient est-il en ALD ?  - oui Motif .....  
 - non

Nom du médecin traitant .....

Adresse .....

Téléphone : ..... Messagerie : .....

**DONNEES MEDICALES (antécédents)**

POIDS : ..... TAILLE : ..... à la date du : .....

VACCINS :  - Tétanos date : .....  
 - Grippe date : .....  
 - Pneumocoque date : .....  
 - Autre(s)..... date : .....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX .....

.....

**TRAITEMENTS EN COURS**

MEDICAMENTS	Matin	Midi	Soir	Coucher

KINESITHERAPIE :  - oui quel type .....  
 - non

REGIME ALIMENTAIRE :  - oui quel type .....  
 - non

APPAREILLAGES :  - oxygène  
 - sonde urinaire  
 - dialyse  
 - assistance respiratoire  
 - sonde gastrique  
 - stomie

**ETAT PSYCHIQUE** A = léger L = léger I = important M = majeur

	A	L	I	M
Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du caractère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déambulation / fugues  - oui  - non  
Alcoolisme  - oui  - non  
Délires  - oui  - non  
Maladie psychiatrique  - oui  - non type : .....

Résultat MMS : \_\_\_\_\_ / 30 Date .....

**SYSTEME NERVEUX**

- Troubles de l'équilibre et chutes
- Syndromes extra-pyramidaux
- Comitialité
- Neuropathie périphérique
- Affection du système nerveux central
- Autre(s).....

**APPAREIL CARDIOVASCULAIRE**

- HTA
- AVC                      date .....
- Troubles du rythme
- Artérite des membres inférieurs
- Insuffisance cardiaque
- Maladie thrombo-embolique
- Cardiopathie ischémique
- Hypotension orthostatique
- Stimulateur cardiaque    date .....
- Maladie veineuse chronique
- Valvulopathie
- Autre(s).....

**APPAREIL RESPIRATOIRE**

- Insuffisance respiratoire chronique
- Asthme
- Cancer .....
- BPCO
- Tuberculose récente
- Trachéotomie
- Autre(s).....

**APPAREIL URINAIRE**

- Pathologie haut appareil
- Insuffisance rénale
- Affection vésico-prostatique
- Insuffisance urinaire
- Autre(s).....

**APPAREIL DIGESTIF**

- Ulcère gastrique ou duodéal
- Hernie, éventration
- Hernie hiatale, RGO
- Incontinence anale
- Lithiase biliaire
- Colopathie
- Cancer.....
- Troubles de la déglutition
- Autre(s).....

**HEMATOLOGIE**

- Affection caractérisée .....

**DERMATOLOGIE**

- Escarres : localisation(s).....
- Ulcères
- Autre(s) .....

**APPAREIL GENITAL**

- Néoplasie utérine
- Prolapsus
- Cancer du sein
- Pathologie de la ménopause
- Autre(s) .....

**METABOLISME, ENDOCRINOLOGIE**

- Diabète insulino-dépendant
- Diabète non insulino-dépendant
- Dysthyroïdie
- Autre(s) .....

**OPHTALMOLOGIE**

- Maladie(s) de la rétine
- Glaucome
- Autre(s) .....

**AUDITION**

- Altérée
- Prothèse(s)

**APPAREIL LOCOMOTEUR**

- Arthrose symptomatique     hanches     genoux     épaules
- Rhumatisme inflammatoire
- Déformation rachidienne
- Fractures
- Ostéoporose
- Prothèses
- Pathologies des pieds
- Autre(s) .....

**AUTRE(S) ANTECEDENT(S) IMPORTANT(S), ALLERGIES**

.....

.....

.....

.....

**COMMENTAIRES, RECOMMANDATIONS**

.....

.....

## DEGRE D'AUTONOMIE

### GRILLE AGGIR

**S** = Spontanément    **T** = Totalelement    **C** = Correctement    **H** = Habituellement

Pour chaque item, cochez les cases lorsque les conditions ne sont pas remplies et que la réponse est NON

Puis codez par A, B ou C en bout de ligne selon le nombre d'adverbes cochés :

A = aucun adverbe n'est coché

B = une partie des adverbes est cochée

C = tous les adverbes sont cochés

Activités réalisées par la personne seule		S	T	C	H	Code
<b>Cohérence</b>	Communication					<input type="checkbox"/>
	Comportement					
<b>Orientation</b>	Dans le temps					<input type="checkbox"/>
	Dans l'espace					
<b>Toilette</b>	Haut					<input type="checkbox"/>
	Bas					
<b>Habillage</b>	Haut					<input type="checkbox"/>
	Moyen					
	Bas					
<b>Alimentation</b>	Se servir					<input type="checkbox"/>
	Manger					
<b>Elimination (hygiène)</b>	Urinaire					<input type="checkbox"/>
	Fécale					
<b>Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)</b>						<input type="checkbox"/>
<b>Déplacements à l'intérieur</b>						<input type="checkbox"/>
<b>Déplacements à l'extérieur</b>						<input type="checkbox"/>
<b>Alerter</b>						<input type="checkbox"/>
<b>Groupe Iso-Ressources défini par le système informatique</b>						<input type="checkbox"/>

DOSSIER REMPLI PAR.....

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature et cachet du médecin