



ANNEXE 1 : DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION RÉSIDENCE EMMANUEL MOUNIER

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNÉE

Civilité

Nom de famille (de naissance)

Suivi s'il y a lieu du nom d'usage

Prénom(s)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

Nom et coordonnées du médecin traitant (nom, prénom, adresse, téléphone)

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

Soins palliatifs Oui Non

Allergies Oui Non

Si oui, préciser

CONDUITES À RISQUE

Alcool Oui Non

Tabac Oui Non

Sevrage Oui Non

Portage de bactérie multirésistante Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser (localisation, etc)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité Oui Non

Surdité Oui Non

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

Oui Non

REEDUCATION

Kinésithérapie Oui Non

Orthophonie Oui Non

Autre (préciser)



ANNEXE 2 : DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION RÉSIDENCE EMMANUEL MOUNIER

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	Temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication pour alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation, agressivité (cris...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non-accompagnées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondes trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urétérostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chambre implantable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse péritonéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pace-maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PANSEMENTS OU SOINS CUTANÉS	OUI	NON
Soins d'ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

Autres (préciser)

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénoms
Adresse
Code postal Commune

Date Signature

Cachet du médecin



ANNEXE 3 : DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION RÉSIDENCE EMMANUEL MOUNIER

COMPTE RENDU MEDICAL A L'ATTENTION DU MEDECIN COORDINATEUR DE LA RESIDENCE *[pour plus d'informations, contacter notre médecin, Emile HOBEIKA, au 06 09 41 68 85]* :

Empty space for the medical report content.